

المملكة العربية السعودية
مجلس الخدمات الصحية



المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية

Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions

المعايير الوطنية لمراكز الرعاية الصحية الأولية

Primary Healthcare Standards



المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية

المعايير الوطنية لمراكز الرعاية الصحية الأولية
الطبعة الأولى – سبتمبر 2011

سعياً من مجلس الخدمات الصحية لتطوير الخدمات الصحية بمختلف القطاعات والوصول بها إلى أعلى مستويات الجودة عبر تطبيق المعايير الصحية المتعارف عليها وامتداداً لما يقوم به المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية من خطوات مهمة وناجحة تمثلت بتأهيل واعتماد المستشفيات فإننا نبارك هذه الخطوة المهمة في إعداد واعتماد معايير وطنية لمراكز الرعاية الصحية الأولية حيث أنها تعتبر الحجر الأساس في الرعاية الصحية لما تقدمه هذه المراكز من خدمات وقائية وعلاجية للمرضى من أبناء هذا الوطن الكريم.
كما نتقدم بالشكر الجزيل لجميع من ساهم في وضع هذه المعايير سواء من أعضاء المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية، أو القطاعات الصحية ذات العلاقة، ونبارك للمجلس المركزي خطواته المباركة والحثيثة لبلوغ أهدافه والتي تحظى باهتمام مجلس الخدمات الصحية ودعمه.

وزير الصحة
رئيس مجلس الخدمات الصحية

د. عبدالله بن عبدالعزيز الربيعة

لجنة اعتماد معايير الرعاية الصحية الأولية

د. عصام بن عبدالله الغامدي

استشاري طب الأسرة

مدير عام المراكز الصحية بوزارة الصحة – الرياض

د. عبدالله بن سعد العويد

استشاري طب الأسرة

الشؤون الصحية بالحرس الوطني – الرياض

د. لبنى عبدالرحمن الأنصاري

أستاذ مشارك طب الأسرة والمجتمع بجامعة الملك سعود – الرياض

مقدم طبيب/ هشام بن إبراهيم الخشان

استشاري طب الأسرة

المستشفى العسكري – الرياض

مقدم طبيب/ خالد إبراهيم الحربي

استشاري طب الأسرة

الإدارة العامة للخدمات الطبية بوزارة الداخلية – الرياض

د. شاهر ظافر الشهري

استشاري طب أسرة ومجتمع

المشرف على طب الأسرة الجامعي بجامعة الدمام – الدمام

د. أمين محمد الجفري

استشاري طب الأسرة

رئيس وحدة الجودة الشاملة والاعتماد بمستشفى الملك عبدالعزيز الجامعي

(جامعة الملك عبدالعزيز) – جدة

لجنة إعداد معايير الرعاية الصحية الأولية

د. عصام بن عبدالله الغامدي

استشاري طب الأسرة

مدير عام المراكز الصحية بوزارة الصحة – الرياض

د. محمد عبدالوهاب فلمبان

استشاري طب أسرة ومجتمع

مساعد مدير عام الشؤون الصحية بمنطقة مكة المكرمة للجودة – مكة المكرمة

د. وفائي حسن السقاري

مدير برامج الجودة بمراكز ومستشفيات المغربي – جدة

مدير إدارة تطوير المعايير بالمجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية

د. أحلام يوسف دانش

استشارية طب الأسرة

الرعاية الصحية الأولية بالشؤون الصحية بمحافظة جدة – جدة

د. زينب أحمد عز الدين

استشارية طب الأسرة

الرعاية الصحية الأولية بالشؤون الصحية بمحافظة جدة – جدة

د. منى صالح العليان

استشارية طب الأسرة

الرعاية الصحية الأولية بالشؤون الصحية بالمنطقة الشرقية – الدمام

د. أحمد سعد الحاروني

أخصائي طب الأسرة

مدير المخاطر ونائب مدير قسم الجودة بمستشفى الملك فهد – جدة

د. فوزي شحاته محمود

استشاري صحة عامة

الإدارة العامة للمراكز الصحية بوزارة الصحة – الرياض

أ. ماجدة عبدالهادي شقدار

مدير إدارة الاعتماد بالمجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية – جدة

أ. عبدالله عبدالرحمن الخشان

ماجستير علوم صحية – طب نقل الدم جامعة دوك الأمريكية

محلل تشغيل وخدمات نقل الدم

بمدينة الملك عبدالعزيز الطبية للحرس الوطني – الرياض

م. أنس عبدالله محمد الزيد

مهندس استشاري

مستشفى القوات المسلحة – الرياض

د. دسوقي فايد فايد

مدير الخدمات الصيدلانية

المركز الطبي الدولي – جدة

د. هاني عبدالعزيز جخدار

استشاري مكافحة الأمراض الوبائية

أستاذ مساعد كلية الطب بجامعة أم القرى – مكة المكرمة

جدول المحتويات

تقديم

لقد عنى المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية بتحسين الخدمات الصحية فى المملكة العربية السعودية. وتعتبر عملية اعتماد المجلس المركزي عملية ديناميكية مهمتها الأصيلة أن تكون الدافع الأساسي للتحسين المستمر للجودة في مجال رعاية المرضى، ويهدف المجلس إلى أن يشمل برنامج الاعتماد جميع مرافق الرعاية الصحية بمرور الوقت.

وتم وضع معايير اعتماد الرعاية الصحية الأولية لإقرار الدور الهام للرعاية الصحية الأولية فى الأماكن الريفية والحضرية مع اختلاف الكيانات سواءً من ناحية الملكية أو التشغيل. وتوضح هذه المعايير شكل وكيفية تقديم الرعاية الطبية بالمراكز الصحية الأولية لضمان بيئة آمنة وعالية الجودة.

وتيسر معايير اعتماد مراكز الرعاية الصحية الأولية التقييم الذاتى للمؤسسة الصحية والتحسين المستمر للأداء كما أنها تساعد في الإعداد الفعّال للتقييمات المستقبلية.

ويقدم هذا الدليل معلومات هامة عن المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية ومعايير اعتماد الرعاية الصحية الأولية وأهلية الاعتماد وتحديد موعد تقييم الاعتماد والتحضير للتقيم، والتقييم فى الموقع والقواعد التي يبنى عليها قرار الاعتماد.

ونقدم تقديرنا وامتناننا لفريق المجلس الذى شارك في وضع وتجميع وتصميم ومراجعة وتنقيح وإنتاج هذا الدليل. وتقديرنا موصول إلى مراكز الرعاية الصحية الأولية والمتخصصين فى الرعاية الصحية الذين لم يبخلوا علينا بملاحظاتهم واقتراحاتهم لضمان تنفيذ مهمتنا.

شكراً لكم ..

د. محمد حمزة بن خشيم

رئيس المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية

مقدمة

تعريف الاعتماد

"الاعتماد هو عملية تقييم ذاتي ومراجعة نظير خارجي بناءً على معايير موضوعة. تقييم الاعتماد هو عملية رسمية تقوم من خلالها هيئة معترف بها بتقييم منظمة للرعاية الصحية والاعتراف بأن هذه المنظمة تلبي المعايير المعمول بها والمنشورة مسبقاً"

المعيار هو بيان للتميز موضوع من قبل نظراء في المجال يحدد على أساسه امتثال مؤسسة الرعاية الصحية.

تمتد فوائد تقييم الاعتماد إلى ما هو أبعد من الهدف الفوري للتقييم في مقابل مجموعة من المعايير. اكتشفت المنشآت التي تم تقييمها أن رؤية العمليات الخاصة بها من قبل مقيمين ذوي خبرة قدم لهم تقييماً مفيداً وأكثر موضوعية للعمليات الداخلية الإدارية والسريرية للمنشأة ومقترحات لزيادة تحسين فعالية العمليات والخدمات التي تقدمها للمجتمع.

أهداف الاعتماد

" لضمان جودة الرعاية الصحية من خلال تطبيق مفاهيم الجودة "

" لتعزيز ثقافة سلامة المرضى والتقليل من مخاطر الأخطاء الطبية "

" لتحقيق النتائج المثلى للمنظمة باستخدام الموارد المتاحة "

" لزيادة المسؤولية تجاه المرضى وأصحاب المصلحة المحددين "

نطاق تقييم الاعتماد

يشمل نطاق تقييم المجلس المركزى لاعتماد المنشآت الصحية جميع الوظائف ذات العلاقة بالمعايير لمركز الرعاية الصحية الأولية الذي يخضع للتقييم. ويتم تصميم كل تقييم للاعتماد على حسب حجم ونوع ونطاق الخدمات التي يقدمها المركز. وتحدد المعايير القابلة للتطبيق من هذا الدليل من قبل المجلس استناداً إلى نطاق الخدمات التى يقدمها المركز الذى يخضع للتقييم. بالإضافة إلى ذلك يقوم فريق التقييم فى الموقع بالنظر فى قابلية تطبق المعايير كلٌ على حده.

عملية وضع المعايير

تم وضع معايير اعتماد المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية بإجماع خبراء الرعاية الصحية الذين يمثلون المنظمات المعنية بالرعاية الصحية فى المملكة. وقد وضعت المعايير بعد مراجعة شاملة لمعايير الاعتماد الوطنية والدولية. وخلال عملية وضع المعايير تم مراجعة المعايير من قبل مختلف الجهات المعنية. وتم مراجعة التوصيات وقبولها ،إذا كانت مناسبة، وإدراجها فى الدليل النهائي. وقد تمت الموافقة على هذه المعايير من قبل مجلس الخدمات الصحية برئاسة معالي وزير الصحة.

مكونات دليل الاعتماد

تم تجميع معايير المجلس الخاصة بمراكز الرعاية الصحية الأولية فى 23 فصل تدور حول الخدمات الأساسية والوظائف المشتركة لجميع مراكز الرعاية الصحية الأولية:

1. القيادة
2. إدارة الجودة وسلامة المرضى
3. القوى العاملة
4. إدارة المعلومات
5. السجلات الصحية
6. حقوق المرضى وعائلاتهم
7. العيادات العامة
8. الإحالة.
9. مشاركة المجتمع
10. تعزيز الصحة والتوعية الصحية
11. صحة الأمومة والطفولة
12. التحصينات
13. الأمراض غير المعدية
14. رعاية المسنين
15. الأمراض المعدية
16. صحة الفم والأسنان
17. خدمات الطوارئ
18. صحة البيئة
19. خدمات المختبر
20. خدمات الأشعة
21. خدمات الصيدلة
22. إدارة وسلامة المرفق
23. مكافحة ومنع العدوى

يحتوى كل فصل على مقدمة توضح علاقة هذا الفصل ومساهمته فى رعاية المرضى الآمنة ذات الجودة العالية. كل معيار يتكون من جملة ، وعند الحاجة يتم وضع معايير فرعية لتوضيح المزيد من المتطلبات. بالإضافة إلى ذلك يوجد لكل معيار دليل (أدلة) امتثال (EC) والتى سيتم تقييمها أثناء التقييم. الجملة التي تقع على يسار كل دليل من أدلة الامتثال (EC) تسمى المصدر الرئيسي للمعلومات (PSOI) ويحدد الأسلوب الرئيسي ومصدر المعلومات الذي يتم استخدامه عادةً لتقييم الامتثال لأدلة الامتثال خلال الفحص. ومع ذلك ، في بعض الأوقات ، يمكن للمُقيم اختيار أحد المصادر الأخرى للمعلومات.

الأهلية

جميع مراكز الرعاية الصحية الأولية فى المملكة العربية السعودية سيكون لديها الأهلية لاعتماد المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية وفقاً للشروط التالية:

1. أن تكون منظمة رسمية لها كيان قانوني تقدم خدمات رعاية صحية تغطيها معايير اعتماد الرعاية الصحية الأولية للمجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية.
2. لديها ترخيص ساري المفعول عند الاقتضاء.
3. تم تشغيلها على الأقل لمدة ستة أشهر قبل إجراء التقييم في الموقع.
4. إكمال نموذج التقديم وإرجاعه إلى المجلس المركزي.

تحديد مواعيد التقييم

يقوم قسم الاعتماد بالمجلس المركزي بالتعامل مع ترتيبات تحديد مواعيد التقييم المراكز الصحية بالتنسيق مع ممثل من المركز. وسوف يتم إرسال رسالة إخطار بالتقييم إلى مدير المركز توضح تاريخ ووقت التقييم، ويوفر قسم الاعتماد الوقت الكافي للمركز بين تاريخ الإخطار وتاريخ التقييم.

تأجيل وإعادة جدولة التقييم

يتم دعم المراكز للالتزام بالموعد المقترح من قبل قسم الاعتماد، ومع ذلك يمكن قبول إعادة الجدولة أو التأجيل لوقوع أحداث كبرى. وفى هذه الحالة ، يقوم المركز بتقديم طلب خطي لتوضيح مبرر التأجيل. ويتم تعريف الأحداث الكبرى على أنها الأحداث التى من شأنها أن تعوق عملية التقييم مثل التغيرات فى فريق الإدارة/القيادة بالمركز أو الكوارث الطبيعية أو غيرها أو نقل المركز إلى مبنى آخر.

طريقة تقييم الاعتماد

يتم تسليم المركز قبل التقييم صلاحية إلكترونية لاستعراض المعايير والتي سوف تسهل للمركز:

- اكتساب فهم أفضل لمتطلبات المعايير وعملية التقييم.
- استخدام النموذج الإلكتروني للمعايير لعمل التقييم الذاتي للمركز.
- متابعة التقدم فى عملية التطبيق.

وسيقوم المجلس بتعيين اختصاصى اعتماد للمراكز المجدولة للتقييم والذى سيكون بمثابة حلقة الوصل بين المركز والمجلس المركزي. سيقوم اختصاصى الاعتماد بعمل زيارة قبل التقييم للتحقق من صحة المعلومات المسجلة بالنموذج وتوضيح المسائل المتعلقة بعملية التقييم. هذا الشخص سوف ينسق عملية التخطيط للتقييم وسيكون مستعداً لإجابة أسئلة العاملين بالمركز حول السياسات والإجراءات أو غيرها من مسائل الاعتماد.

يستطيع المركز طلب زيارة (زيارات) استشارية ،أو تقييم تجريبي قبل تقييم الاعتماد النهائي. وفى هذه الحالة يتم تقديم تقرير لمدير المركز يوضح مدى امتثال المركز للمعايير من أجل إغلاق الثغرات التى تم تحديدها فى هذا التقرير .

التقييم فى الموقع

سوف يقوم فريق المقيمين بإجراء التقييم فى الموقع لتحديد مدى امتثال المركز لمتطلبات المعايير. وفريق التقييم هو فريق من المهنيين متعدد التخصصات ويتكون من اثنين على الأقل من المُقيمين.

يتم تقييم الامتثال للمعايير عن طريق عدد من الأساليب تشمل مايلى :

- مراجعة الوثائق
- مراجعة السجلات الصحية
- مراجعة ملفات الموظفين
- المقابلات
- جولة بالمرفق وزيارات للوحدات (ملاحظة)

كيفية وضع الدرجات

يتعين على المركز تلبية جميع متطلبات المعايير القابلة للتطبيق بمستوى مرضي لكى يتم اعتماده. يتم إعطاء كل متطلب من متطلبات المعايير درجة من أربع.

كل المعايير لديها دليل امتثال (EC) واحد أو أكثر. وأدلة الامتثال هى عناصر المعايير التى يقوم المُقيم بإعطاء الدرجة لها فى الموقع. يتم إعطاء كل دليل امتثال درجة من أربع:

" 3 " = مستوفى بالكامل ،عندما يكون الامتثال لأدلة الامتثال ≤ 75% لمدة أربعة أشهر قبل التقييم الأولي أو سنة واحدة للتقييم كل ثلاث سنوات.

" 2 " = مستوفى جزئياً ، عندما يكون الامتثال لأدلة الامتثال ≤ 50% إلى < 75% أو يكون الامتثال لمدة ثلاثة أشهر قبل التقييم الأولي أو تسعة أشهر للتقييم كل ثلاث سنوات.

" 1 " = مستوفى بالحد الأدنى ، عندما يكون الامتثال لدليل الامتثال ≤ 25% إلى < 50% أو يكون الامتثال لمدة شهرين قبل التقييم الأولي أو ستة أشهر للتقييم كل ثلاث سنوات.

" 0 " = غير مستوفى ، عندما يكون الامتثال لدليل الامتثال < 25% أو مدة الامتثال أقل من شهرين قبل التقييم الأولي أو أقل من ثلاثة أشهر للتقييم كل ثلاث سنوات.

" غ ق " = غير قابل للتطبيق ، عندما يكون المعيار/ دليل الامتثال لا ينطبق على المركز.

يتم اتباع الطريقة نفسها في إعطاء الدرجات لأدلة الامتثال التي تتطلب عينة لتقييم الامتثال. على سبيل المثال ، إذا كانت الملاحظات إيجابية فى ≤ 75% من الحالات ، أو إذا كان ≤ 75% ممن تمت مقابلتهم قد أجابوا بطريقة صحيحة ، أو إذا كان متوسط النتائج الإيجابية في ملفات الموظفين أو السجلات الصحية ≤ 75% سيكون دليل الامتثال مستوفى بالكامل.

عملية تجميع الدرجات

جميع المعايير لها وزن متساوي فى نفس الفصل. ويتم إعطاء درجة واحدة لكل معيار. ويتم تقسيم الدرجة بالتساوى على أدلة الامتثال الخاصة بالمعيار. على سبيل المثال: المعيار(أ) يتضمن 5 أدلة امتثال ، فيكون لكل دليل امتثال 20% من درجة المعيار. إذا قرر المُقيم أن المعيارغير قابل للتطبيق فلن يكون المعيار جزء من معادلة إعطاء الدرجة. وإذا قرر المُقيم أن أحد أدلة الامتثال غير قابل للتطبيق فلن يكون هذا الدليل جزءاً من معادلة إعطاء الدرجة على الإطلاق. ودرجة المعيار تمثل متوسط درجات أدلة الامتثال القابلة للتطبيق.

جميع الفصول لها أوزان متساوية. ودرجة الفصل هى نتيجة جمع درجات جميع المعايير داخل هذا الفصل ويتم حسابه كمتوسط لدرجات جميع المعايير الموجودة فى هذا الفصل. ويتم احتساب درجة المركز الكلية كمتوسط للنسب المئوية لدرجات جميع الفصول والتى تستخدم لتحديد قرار اعتماد المنشأة.

نتيجة التقييم وقرار الاعتماد

- معتمد – يتم منح الاعتماد للمركز إذا :
  - كانت درجة الامتثال الكلية أكبر من أو تساوي 80%
  - أن لا يحصل على درجة أقل من 50% في أكثر من فصلين.

- رفض الاعتماد – سوف يتم رفض اعتماد المركز إذا :
  - كانت الدرجة الكلية أقل من 70% أو
  - الحصول على درجة أقل من 50% في أكثر من فصلين.

- المراكز الحاصلة على درجة من 70% إلى 79% سيتم إعادة تقييمها خلال 90 يوماً من ظهور النتيجة بالنسبة للفصول التى حصلت على درجة أقل من 50%.

مدة منح الإعتماد

اعتماد المجلس المركزي صالح لمدة 3 سنوات.

الاستئناف

يجب أن يقدم الاستئناف للمجلس مكتوباً فى مدة لاتتجاوز شهراً واحداً بعد تلقي نتيجة الاعتماد. وسوف يقوم المجلس بمراجعة الاستئناف وإبلاغ المركز أحد القرارات التالية:

- تأييد قرار الاعتماد ورفض إعادة التقييم.
- مراجعة قرار الاعتماد خلال 90 يوماً من خلال إجراء تقييم مركّز.

بند المصداقية والأخلاق

من المتوقع أن يقدم المركز الصحي معلومات دقيقة للمُقيمين التابعين للمجلس وعدم حجب أو تزوير أي معلومة. وقبل التقييم سيقوم المجلس بإرسال قائمة بالمُقيمين المخصصين للمرفق ، ومن المتوقع أن يكشف المركز عن أي تضارب فى المصالح فيما يخص المُقيمين مثل عمله السابق بالمركز، أو ملكيته الكلية أو الجزئية للمرفق ، أو وجود أحد أقارب الدرجة الأولى يعمل بنفس المركز.

إذا اكتشف المجلس ، فى أي وقت ، أن المركز لم يكن صادقاً، سوف يتم اتخاذ قرار بشأن الإجراء المناسب.

القيادة (LD)

مقدمة

تعتمد الجودة وسلامة المرضى فى أي مركز للرعاية الصحية الأولية على القيادة الفعّالة. ومن المهم لجميع المراكز أن يكون لديها رسالة محددة بوضوح. وتكون مسؤولية إدارة المركز وضع الرسالة وتوفير موارد كافية لتحقيق هذه الرسالة. ويجب أن تُعيَّن إدارة المركز الجهة الإدارية العليا التى تشرف على المركز وتشمل إدارة المركز التنفيذية مدير المركز والمدير الطبي ومديرة التمريض والمدير الإداري ورؤساء الأقسام. ولضمان جودة وسلامة خدمات الرعاية الصحية ، يجب على أعضاء إدارة المركز العمل معاً والتواصل الفعّال من خلال خطوط واضحة للصلاحيات والعمل على تنسيق وتكامل الخدمات المقدمة.

يتناول هذا الفصل أدوار ومسؤوليات إدارة المركز بالنسبة للعمليات التالية:

- وضع الرسالة والرؤية والقيم
- الهيكل التنظيمي
- وضع وتعزيز السلوك الأخلاقي المهني
- صياغة وبناء الخطة الاستراتيجية
- تخطيط وتصميم الخدمات والهياكل المادية
- عمليات للتعاون والتنسيق والاتصال
- الإدارة المالية
- الإشراف على العقود
- مسؤولية الجهة الإدارية العليا
- مسؤولية مدير المركز
- مسؤولية رؤساء الأقسام

المعايير

LD.1 الجهة الإدارية العليا لمركز الرعاية الصحية الأولية محددة.

أدلة الامتثال

LD.1.EC.1 الجهة الإدارية العليا محددة في وثائق المركز.	مراجعة وثائق

LD.2 يوجد لدى الجهة الإدارية العليا وإدارة المركز هيكل تنظيمي واضح ومحدد وقائم ومعروف لدى جميع العاملين.

LD.2.1 يحدد الهيكل التنظيمي الأسماء والألقاب وخطوط الصلاحيات والمسؤولية لإداري المركز.

أدلة الامتثال

LD.2.EC.1 يوجد لدى المركز هيكل تنظيمي قائم.	مراجعة وثائق
LD.2.EC.2 يوضح الهيكل التنظيمى أسماء وألقاب الجهة الإدارية العليا وإداري ورؤساء أقسام المركز.	مراجعة وثائق
LD.2.EC.3 يحدد الهيكل التنظيمي بوضوح خطوط الصلاحيات والمسؤولية لإداري المركز.	مراجعة وثائق
LD.2.EC.4 الهيكل التنظيمى للمركز معروف لدى جميع العاملين.	مقابلة

LD.3 مسؤوليات الجهة الإدارية العليا للمركز محددة فى وثائق مكتوبة مثل اللوائح والسياسات والإجراءات.

LD.3.1 تعكس مسؤوليات الجهة الإدارية العليا للمركز مسؤوليتها تجاه المرضى والتزامها تجاه المجتمع التى وضعت لخدمته.

LD.3.2 تعكس مسؤوليات الجهة الإدارية العليا المساءلة والمسؤولية المطلقة عن جودة الرعاية وسلامة المرضى.

أدلة الامتثال

LD.3.EC.1 مسؤوليات الجهة الإدارية العيا موضحة فى وثائق المركز.	مراجعة وثائق
LD.3.EC.2 تشمل مسؤوليات الجهة الإدارية العليا مسؤوليتها عن جودة الرعاية وسلامة المرضى.	مراجعة وثائق

LD.4 تعتمد الجهة الإدارية العليا (أو تضع) رسالة ورؤية وقيم المركز الصحي.

LD.4.1 تضمن الجهة الإدارية العليا مراجعة رسالة المركز بشكل منتظم.

LD.4.2 تضمن الجهة الإدارية العليا إيصال رسالة ورؤية وقيم المركز إلى جميع العاملين والعملاء.

أدلة الامتثال

LD.4.EC.1 توجد بيانات مكتوبة ومعتمدة للرسالة والرؤية والقيم.	مراجعة وثائق
LD.4.EC.2 رسالة ورؤية وقيم المركزمعتمدة وتراجع بانتظام من الجهة الإدارية العليا.	مراجعة وثائق
LD.4.EC.3 العاملون بالمركز على دراية برسالة ورؤية وقيم المركز.	مقابلة
LD.4.EC.4 رسالة ورؤية وقيم المركز منشورة علانيةً.	ملاحظة

LD.5 تعتمد الجهة الإدارية العليا نطاق خدمات المركز الصحي.

أدلة الامتثال

LD.5.EC.1	نطاق خدمات المركز معتمد من الجهة الإدارية العليا للمركز.	مراجعة وثائق

LD.6 تعتمد الجهة الإدارية العليا الخطط الاستراتيجية والإدارية والسياسات والإجراءات الخاصة بالمركز الصحي.

LD.6.1 تحدد الجهة الإدارية العليا أي تفويض فى سلطة الاعتماد.

أدلة الامتثال

LD.6.EC.1	الخطط الاستراتيجية والإدارية والسياسات والإجراءات الخاصة بالمركز معتمدة من الجهة الإدارية العليا	مراجعة وثائق
LD.6.EC.2	تحدد الجهة الإدارية العليا أي تفويض فى سلطة الاعتماد.	مراجعة وثائق

LD.7 تضمن الجهة الإدارية العليا توفير الموارد الكافية (القوى العاملة والموارد المستخدمة والأصول المالية) وفقاً لنطاق الخدمات ولتحقيق رسالة المركز.

LD.7.1 توافق الجهة الإدارية العليا على رأسمال المركز وميزانيته التشغيلية.

أدلة الامتثال

LD.7.EC.1	يتوفر بالمركز القوى العاملة الكافية وفقاً لنطاق الخدمات.	مراجعة وثائق
LD.7.EC.2	يتوفر بالمركز المواد المستخدمة الكافية وفقاً لنطاق الخدمات.	ملاحظة
LD.7.EC.3	تتوفر بالمركز الأصول المالية الكافية وفقاً لنطاق الخدمات.	ملاحظة
LD.7.EC.4	رأسمال المركز وميزانيته التشغيلية معتمدة من الجهة الإدارية العليا.	مراجعة وثائق

LD.8 تعين الجهة الإدارية العليا مديراً مؤهلاً ليكون مسؤلاً عن إدارة المركز.

LD.8.1 تستخدم الجهة الإدارية العليا معاييرمحددة لتعيين وإعادة تعيين مديرالمركز.
LD.8.2 تتأكد الجهة الإدارية العليا من الأداء الفعّال للمدير من خلال تقييم الأداء المستمر.

أدلة الامتثال

LD.8.EC.1	يتم تعيين وإعادة تعيين مديرالمركز عن طريق الجهة الإدارية العليا بناءً على معايير مختارة.	مراجعة وثائق
LD.8.EC.2	يوجد دليل على التقييم المستمر لأداء المدير من قبل الجهة الإدارية العليا.	ملفات الموظفين

LD.9 تشجع الجهة الإدارية العليا التواصل والتنسيق بينها والإدارة.

أدلة الامتثال

LD.9.EC.1	يوجد دليل على التواصل والتنسيق بين الجهة الإدارية العليا والإدارة التنفيذية.	مراجعة وثائق

LD.10 تعتمد الجهة الإدارية العليا وتعزز تحسين الأداء وسلامة المرضى وبرنامج إدارة المخاطر.

LD.10.1 تتلقى الجهة الإدارية العليا بإنتظام تقارير تحسين الأداء وسلامة المرضى وبرنامج إدارة المخاطر وتعمل على مراجعتها والتصرف بشأنها.

أدلة الامتثال

LD.10.EC.1 يتم تقديم تقارير منتظمة عن أنشطة تحسين الأداء. مراجعة وثائق
LD.10.EC.2 يتم تقديم تقارير منتظمة عن أنشطة سلامة المرضى. مراجعة وثائق
LD.10.EC.3 يتم تقديم تقارير منتظمة عن أنشطة إدارة المخاطر. مراجعة وثائق
LD.10.EC.4 يوجد دليل على مراجعة التقارير واتخاذ إجراءات من قبل الجهة الإدارية العليا. مراجعة وثائق

LD.11 تقوم الجهة الإدارية العليا بعمل تقييم دورى للتأكد من فاعليتها الخاصة.

أدلة الامتثال

LD.11.EC.1 يوجد دليل على التقييم الدورى لفاعلية الجهة الإدارية العليا. مراجعة وثائق

LD.12 يمارس مدير المركز الصلاحيات المفوضة له من قبل الجهة الإدارية العليا لإدارة المركز.

أدلة الامتثال

LD.12.EC.1 الصلاحيات المفوضة من قبل الجهة الإدارية العليا لمدير المركز محددة بوضوح. مراجعة وثائق
LD.12.EC.2 يمارس مدير المركز الصلاحيات المفوضة له من قبل الجهة الإدارية العليا لإدارة المركز. مقابلة إداري المركز

LD.13 مدير المركز لديه وصف وظيفى ، موضوع من قبل الجهة الإدارية العليا، والذى ينص على المسؤوليات والمؤهلات.

أدلة الامتثال

LD.13.EC.1 يوجد وصف وظيفى مكتوب لمدير المركز. مراجعة وثائق
LD.13.EC.2 الوصف الوظيفى لمدير المركز موضوع من قبل الجهة الإدارية العليا. مراجعة وثائق
LD.13.EC.3 ينص الوصف الوظيفى لمدير المركز على المسؤوليات والمؤهلات. مراجعة وثائق

LD.14 يضمن مدير المركز امتثال المركز مع قوانين وأنظمة المملكة.

أدلة الامتثال

LD.14.EC.1 يضمن مدير المركز إمتثال المركز مع القوانين والأنظمة. مقابلة إداري المركز
LD.14.EC.2 المركز لديه ترخيص ساري من وزارة الصحة. مراجعة وثائق
LD.14.EC.3 يلتزم المركز بقوانين المملكة العربية السعودية: لديه شهادة سارية لسلامة المبنى من الدفاع المدني. مراجعة وثائق

LD.15 يوفر مدير المركز المراقبه على العمليات اليومية للمركز .

أدلة الامتثال

LD.15.EC.1 يوجد دليل على إدارة العمليات اليومية للمركز عن طريق مدير المركز. — مقابلة إداري المركز

LD.16 يوصي مدير المركز بالسياسات والإجراءات اللازمة ويضمن وجودها وتطبيقها.

LD.16.1 يضمن مدير المركز الامتثال للسياسات المعتمدة.

LD.16.2 يوصي مدير المركز بالسياسات الجديدة المطلوبة الجهة الإدارية العليا للموافقة عليها.

أدلة الامتثال

LD.16.EC.1 يضع مدير المركز العمليات التى تكفل الامتثال للسياسات المعتمدة. — مقابلة إداريي المركز

LD.16.EC.2 يوجد دليل على أن المدير يوصي بالسياسات الجديدة المطلوبة الجهة الإدارية العليا — مراجعة وثائق

LD.17 يضمن مدير المركز الإستجابة الملائمة للتقارير الواردة من أى هيئة تنظيمية أو تفتيشية بما فى ذلك الإعتماد.

أدلة الامتثال

LD.17.EC.1 يوجد دليل على الإستجابة لتقارير الهيئات التنظيمية والتفتيشية. — مراجعة وثائق

LD.18 يوفر مدير المركز الرقابة على الموارد البشرية والمالية والمادية وغيرها.

LD.18.1 يضمن المدير أن يتم الحفاظ على جميع الموارد المادية بحالة تشغيلية جيدة.

LD.18.2 يضمن المدير توافر الموارد الكافية والمناسبة مثل الموارد البشرية والمعدات والتجهيزات والأدوية اللازمة للخدمات المخطط لها.

LD.18.3 يتصرف المدير فى الموارد المالية للمركز بصورة مقبولة .

أدلة الامتثال

LD.18.EC.1 يقوم مدير المركز بإدارة الموارد البشرية والمالية والمادية وغيرها. — مقابلة إداريي المركز

LD.18.EC.2 الموارد المادية مصانة وبحالة تشغيلية جيدة. — ملاحظة

LD.18.EC.3 يوجد دليل على توفر الموارد الكافية . — ملاحظة

LD.19 يتم تحديد إدارة للمركز (كالجنة إدارية تنفيذية أو أياً كان اسمها).

LD.19.1 ينبغي أن تشمل إدارة المركز مديرالمركز والمدير الطبي ومدير التمريض ومنسق الجودة ورؤساء الأقسام.

LD.19.2 كل عضو فى إدارة المركز لديه نطاق محدد للمسؤولية على النحو المبين فى وصف وظيفي ساري.

LD.19.3 تجتمع إدارة المركز بانتظام (شهرياً على الأقل) فى اجتماعات رسمية لمناقشة جميع جوانب الرعاية الصحية وتقاريرالإنجاز والخدمات المقدمة للمرضى.

أدلة الامتثال

LD.19.EC.1 تحدد الإدارة للمركز لتشمل على الأقل مدير المركز والمدير الطبى ومدير التمريض ومنسق الجودة. — مراجعة وثائق

LD.19.EC.2 يوجد وصف وظيفي لكل عضو فى إدارة المركز — ملفات الموظفين

LD.19.EC.3 يوجد دليل على عقد إجتماعات منتظمة إدارة المركز — مراجعة وثائق

LD.19.EC.4 محاضر اجتماعات مجموعة إدارة المركز تعكس مناقشة جميع جوانب الرعاية الصحية وتقارير الإنجاز والخدمات المقدمة للمرضى. — مراجعة وثائق

LD.20 **تضع الإدارة(أو تأخذ من الجهة الإدارية العليا) رسالة المركز والرؤية والقيم وتقدمها إلى الجهة الإدارية العليا للموافقة عليها.**

LD.20.1 تبلغ الإدارة الرسالة والرؤية والقيم لجميع العاملين والعملاء.

أدلة الامتثال

LD.20.EC.1 رسالة ورؤية وقيم المركز موضوعة من قبل الادارة (أو مأخوذة من الجهة الإدارية العليا). — مراجعة وثائق

LD.21 **تتعاون إدارة المركز فى وضع وتنفيذ الخطط والميزانيات والسياسات والإجراءات لتحقيق الرسالة.**

أدلة الامتثال

LD.21.EC.1 توجد خطط وميزانيات وسياسات وإجراءات لتحقيق رسالة المركز. — مراجعة وثائق

LD.21.EC.2 تتعاون إدارة المركز لوضع الخطط والميزانيات والسياسات والإجراءات. — مقابلة إداريي المركز

LD.22 **تستخدم إدارة المركز المعلومات المتوفرة من الأبحاث والأدلة وأفضل الممارسات لتطوير وتحسين خدمات المركز.**

أدلة الامتثال

LD.22.EC.1 يقوم إداريي المركز باستخدام المعلومات من الأبحاث وأفضل الممارسات وتشجيع الموظفين على استخدام هذه المعلومات أثناء تصميم وتحسين الخدمات. — مقابلة

LD.23 **تخصص إدارة المركز الموارد اللازمة لضمان منشأة آمنة وفعالة ويشمل ذلك:**

LD.23.1 التخطيط ووضع الميزانيات لتلبية متطلبات القوانين والأنظمة المعمول بها والمتطلبات الأخرى.

LD.23.2 ضمان الاستخدام الفعال للموارد المختلفة من خلال المراجعة والتقييم بانتظام في مقابلة الخطط والميزانيات.

LD.23.3 التخطيط ووضع الميزانيات لترقية أو استبدال المباني أو التجهيزات أوالموارد الأخرى.

أدلة الامتثال

LD.23.EC.1 يوجد دليل على قيام إداريي المركز بالتخطيط ووضع الميزانيات لتلبية متطلبات القوانين المعمول بها وترقية أو استبدال موارد المركز. — مقابلة

LD.23.EC.2 يوجد دليل على قيام إداريي المركز بضمان الاستخدام الفعال لموارد المركز. — مقابلة

LD.24 **تخطط إدارة المركز بالتعاون مع ممثلى المجتمع و متلقي الرعاية لتلبية الإحتياجات الحالية و المستقبلية للمجتمع**

LD.24.1 تقوم إدارة المركز بالتعاون مع ممثلي المجتمع بعمل تقييم منتظم لاحتياجات المجتمع الصحية

LD.24.2 التخطيط يشمل دمج آراء العاملين و المرضى و عائلاتهم

LD.24.3 التخطيط يشمل العوامل البيئية و المالية مع الاسترشاد برسالة و اتجاهات المركز الإستراتيجية

LD.24.4 التخطيط يأخذ بعين الإعتبار المتطلبات البيئية و الروحية للمجتمع

LD.24.5 التخطيط يضمن التنسيق و التكامل بين الخدمات المقدمة داخل و خارج الم

أدلة الامتثال

LD.24.EC.1 يوجد دليل علي تعاون ادارة المركز و ممثلي المجتمع و متلقي الخدمة الصحية مقابلة للتخطيط للخدمات المجتمعية المقدمة LD.24.1 حتى LD.24.5

LD.25 يوجد لدى إدارة المركز خطة استراتيجية للمركز لمدة 3 - 5 سنوات يتم تحديثها كل عام وتحتوى على العناصر التالية :

LD.25.1 تسترشد برسالة ورؤية المركز.

LD.25.2 تستند الى تحليل مواطن القوة والضعف والفرص والتهديدات (تحليل البيئة) والعوامل المالية.

LD.25.3 تحدد رؤية المنظمة.

LD.25.4 محددة بما لايقل عن 5 أهداف (المستفيد من الخدمة / المجتمع ، والموظف ، والتعليم ، والتحسين المستمر ، والمالية).

LD.25.5 مترجمة إلى أهداف خاصة وإجراءات وجداول زمنية للتنفيذ مع تحديد مسؤوليات الموظفين.

LD.25.6 توجد عملية للمراجعة السنوية للأهداف الاستراتيجية الخاصة لتحديد احتياجات الخطة التشغيلية السنوية المقبلة.

LD.25.7 يضع رؤساء الأقسام خطة سنوية للقسم تمشياً مع الخطة الإستراتيجية للمركز.

أدلة الامتثال

LD.25.EC.1 يوجد لدى القيادة خطة استراتيجية للمركز الصحي لمدة 3 - 5 سنوات.	مراجعة وثائق
LD.25.EC.2 تسترشد الخطة الاستراتيجية برسالة ورؤية المنظمة وتستند إلى تحليل (سوات).	مراجعة وثائق
LD.25.EC.3 تحدد الخطة الاستراتيجية بما لايقل عن 5 توجهات استراتيجية (المستفيد من الخدمة/ المجتمع ، والموظف ، والتعليم ، والتحسين المستمر ، والمالية)	مراجعة وثائق
LD.25.EC.4 الخطة الاستراتيجية مترجمة إلى إجراءات وجداول زمنية للتنفيذ مع تحديد مسؤوليات الموظفين.	مراجعة وثائق
LD.25.EC.5 يتم مراجعة الخطة الاستراتيجية للمركز سنوياً.	مراجعة وثائق
LD.25.EC.6 جميع رؤساء الأقسام لديهم خطة سنوية تستند على الخطة الاستراتيجية للمركز.	مراجعة وثائق

LD.26 تتعاون الإدارة فى وضع نطاق خدمات المركز ويشمل:

LD.26.1 مجال الخدمات (أى وقائية ، تعزيزية ، علاجية ، تأهيلية).

LD.26.2 الفئات العمرية التى تتلقى الرعاية.

LD.26.3 عدد المرضى الذين يتم فحصهم سنوياً.

LD.26.4 الأساليب العلاجية والتشخيصية الرئيسية المستخدمة.

أدلة الامتثال

LD.26.EC.1 يوجد نطاق حدود خدمات للمركز .	مراجعة وثائق
LD.26.EC.2 تضع الإدارة نطاق حدود الخدمات بشكل تعاونى.	مراجعة وثائق
LD.26.EC.3 يشمل نطاق حدود الخدمات العناصر من LD.26.1 حتى LD.26.4.	مراجعة وثائق

LD.27 توفر إدارة المركز للمرضى معلومات عن الرعاية والخدمات المتاحة وكذلك كيفية الوصول إلى هذه الخدمات.

LD.27.1 توفر المعلومات اللازمة عن الرعاية والخدمات المتاحة بطرق مختلفة (مثال: مطويات ومنشورات ولوحات إرشادية .....الخ..)

LD.27.2 القيام بالأنشطة التي تساعد على ضمان وصول هذه المعلومات الى المتلقيين

أدلة الامتثال

LD.27.EC.1	يتم تزويد المرضى بمعلومات عن الرعاية والخدمات المتاحة في المركز.	مراجعة وثائق
LD.27.EC.2	يتم تزويد المرضى بمعلومات عن كيفية الوصول إلى الخدمات في المركز.	مقابلة إداريي المركز

LD.28 تضع الإدارة خطة التوظيف للتأكد من أن الخدمات ستلبي إحتياجات السكان الذين تخدمهم.

LD.28.1 تحدد خطة التوظيف عدد ونوع ومؤهلات الموظفين المطلوبين وأدوارهم.

أدلة الامتثال

LD.28.EC.1	توجد خطة توظيف مكتوبة وموضوعة من قبل إدارة المركز	مراجعة وثائق
LD.28.EC.2	تحدد خطة التوظيف عدد ونوع ومؤهلات الموظفين المطلوبين وأدوارهم.	مراجعة وثائق

LD.29 توجد سياسة مكتوبة لضبط عملية وضع السياسات والإجراءات للعمليات والأنشطة الرئيسية والمحافظة عليها.

LD.29.1 يوجد نظام معرِّف وحيد لكل سياسة على حده مع وجود عنوان ورقم وتاريخ إصدار وتاريخ مراجعة.
LD.29.2 يتم وضع السياسات واعتمادها ومراجعتها وإنهاؤها من قبل الأفراد المرخص لهم.
LD.29.3 تتم مراجعة السياسات وفقاً لتاريخ محدد للمراجعة والذي لا يتجاوز ثلاث سنوات أو عند الحاجة.
LD.29.4 السياسات مؤرخة وسارية.
LD.29.5 السياسات متاحة ومبلّغة للموظفين.
LD.29.6 توجد آلية لضمان قيام الموظفين بتطبيق السياسات.
LD.29.7 توجد آلية لضمان أن الإصدارات الحالية للسياسات هي المتاحة فقط للاستخدام بالمركز.
LD.29.8 توجد آلية مشابهة لوضع الوثائق الأخرى المهمة والمحافظة عليها (على سبيل المثال: خطط المنظمة).

أدلة الامتثال

LD.29.EC.1	توجد سياسة عن السياسات والإجراءات (كيفية إنشاء السياسات واعتمادها ومراجعتها وتكوينها وإبقاؤها محدثة وتعقبها وتبليغها ومراقبتها وإنهاؤها).	مراجعة وثائق
LD.29.EC.2	توجد آلية مشابهة للوثائق الأخرى (على سبيل المثال: الخطط).	مقابلة

LD.30 يشرف إداريي المركز على أي عقود للخدمات السريرية أو التشغيلية :

LD.30.1 يضمن إداريي المركزأن العقود تذكر بوضوح الخدمات التي يجب تقديمها عن طريق الجهة المتعاقدة.
LD.30.2 يضمن إداريي المركز تحقيق توصيات الإداريين المعنيين واعتمادها من قبلهم.
LD.30.3 يضمن إداريي المركز أن الجهة المتعاقدة والخدمات المقدمة تُلبي القوانين والأنظمة المعمول بها.
LD.30.4 يضمن إداريي المركز أن الخدمات المقدمة تتفق مع معايير اعتماد المركز والجودة والسلامة والتي ستكون مطلوبة عند تقديم مثل هذه الخدمات من قبل المركز.
LD.30.5 يراقب إداريي المركز الامتثال للمعايير الملائمة على أساس منتظم ويتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية للتحسين عند عدم استيفاء المعايير.
LD.30.6 يوثق إداريي المركز عملية الرقابة على العقود.

أدلة الامتثال

LD.30.EC.1 يوجد دليل على توثيق الإدارة لعملية الرقابة على العقود والتي تشمل LD.30.1 الى LD.30.4. — مقابلة إداريي المركز

LD.30.EC.2 توجد آلية لمراقبة العقود يتم توثيقها ويتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية للتحسينعند عدم استيفاء المعايير . — مراجعة وثائق

LD.31 **إداريي المركز لديهم المعرفة الأساسية بمفاهيم إدارة الجودة ويشمل هذا :**

LD.31.1 تحليل البيانات.

LD.31.2 حلقة تحسين الجودة (مثل PDCA) أو أي طريقة أخرى لعمل تحسينات.

LD.31.3 العمل كفريق.

LD.31.4 تحليل الأسباب الجذرية.

أدلة الامتثال

LD.31.EC.1 يوجد دليل على البرامج التعليمية للإداريين فيما يخص مفاهيم إدارة الجودة وتحليل البيانات وحلقة التحسين PDCA وتحليل الأسباب الجذرية والعمل كفريق. — ملفات الموظفين

LD.31.EC.2 يوجد دليل على مشاركة إداريي المركز فى تحسين الجودة. — مقابلة إداريي المركز

LD.32 **توجد لجنة (لجان) معينة متعددة التخصصات للإشراف -على سبيل المثال لا الحصر-على تدابير الدواء والسلامة والوفيات والاعتلال والإنعاش القلبي الرئوي ومراجعة السجلات الصحية ومراجعة الاستخدام وإقرارالأهلية ومنح الامتيازات.**

LD.32.1 اللجنة (اللجان) لديها شروط المرجعية والتى تشمل مهام اللجنة وعضويتها والنصاب وتكرر الاجتماعات واعتماد المحاضر وتوزيعها.

LD.32.2 تجتمع اللجنة (اللجان) على النحو المبين فى شروط المرجعية (على الأقل كل 3 أشهر).

LD.32.3 تقدم اللجنة (اللجان) تقريراً سنوياً عن الإنجازات للسلطة المخولة.

أدلة الامتثال

LD.32.EC.1 توجد شروط مرجعية للجنة (لجان) المركز تشمل مهام اللجنة والعضوية والنصاب وتكرر الاجتماعات واعتماد المحاضر وتوزيعها. — مراجعة وثائق

LD.32.EC.2 محاضر اجتماعات اللجنة (اللجان) تعكس مناقشة تدابير الدواء والسلامة والوفيات والاعتلال والإنعاش القلبي الرئوي ومراجعة السجل الصحي ومراجعة الاستخدام وإقرار الأهلية ومنح الامتيازات. — مراجعة وثائق

LD.32.EC.3 يوجد دليل على الامتثال لشروط المرجعية المتعلقة بتكرر اجتماعات اللجنة (على الأقل كل 3 أشهر). — مراجعة وثائق

LD.32.EC.4 يوجد دليل على المراجعة السنوية لإنجازات كل لجنة. — مراجعة وثائق

LD.33 **يدار كل قسم إداري أو سريري من قبل فرد مؤهل ملائم.**

LD.33.1

أدلة الامتثال

LD.33.EC.1 رؤساء الأقسام لديهم المؤهلات والخبرة المناسبة. — ملفات الموظفين

LD.34 **تشمل مسؤوليات رئيس كل قسم ولا تقتصر على التالى:**

LD.34.1 توفير نطاق مكتوب للخدمات التى يقدمها القسم.
LD.34.2 ضمان تنسيق وتكامل الخدمات داخل القسم ومع الأقسام الأخرى.
LD.34.3 التحديد والمطالبة بالمكان والمعدات والمستلزمات والموظفين والموارد الأخرى.
LD.34.4 ضمان وجود ما يكفي من الموارد ومستويات الموظفين في جميع الأوقات لتقديم ممارسة طبية آمنة.
LD.34.5 تطوير سياسات وإجراءات القسم وضمان إبلاغها للموظفين المعنيين وتنفيذها.
LD.34.6 تحديد المؤهلات الضرورية المطلوبة من جميع فئات الموظفين بالقسم : التعليم والمهارات والتدريب والخبرة والترخيص والشهادات أو التسجيل.
LD.34.7 توفير خطة توظيف مكتوبة للقسم تحدد العدد والنوع والمؤهلات المطلوبة لكل وظيفة لتحقيق مسؤوليات القسم.
LD.34.8 توفير التعريف والتدريب والتعليم المستمر لجميع الأشخاص فى القسم.
LD.34.9 إدارة آليات للقياس والتحسين المنهجي لأداء العمليات الهامة بالقسم فضلاً عن أداء الموظفين. هذه الآليات تتفق مع خطة تحسين الجودة وسلامة المرضى الشاملة للمركز، و:
LD.34.9.1 تستند على الأولويات والأنشطة الهامة بالقسم.
LD.34.9.2 تشمل جمع البيانات وتحليلها بإنتظام حول أداء القسم والموظفين.
LD.34.9.3 يتم رفع تقرير دوري بمراقبة الأداء للقيادة.

أدلة الامتثال

LD.34.EC.1 يشمل الوصف الوظيفي لرئيس القسم المسؤوليات أعلاه LD.34.1 إلى LD.34.9.	ملفات موظفين
LD.34.EC.2 يوجد نطاق خدمات مكتوب لكل قسم وموقع من رئيس القسم.	مراجعة وثائق
LD.34.EC.3 يوجد دليل على تحديد ومطالبة رؤساء الأقسام بالمكان والمعدات والمستلزمات والموظفين والموارد الأخرى.	مراجعة وثائق
LD.34.EC.4 يوجد دليل على تحديد رؤساء الأقسام ما يلزم من التعليم والمهارات والتدريب والخبرة والترخيص أو التسجيل.	مقابلة إداريي المركز
LD.34.EC.5 يوجد دليل على توفير التعريف والتدريب والتعليم المستمر من قبل رؤساء الأقسام لجميع الأشخاص بالقسم.	مقابلة إداريي المركز
LD.34.EC.6 يوجد دليل على قياس وتحسين أداء العمليات الهامة بالقسم وأداء الموظفين من قبل رؤساء الأقسام.	مقابلة إداريي المركز
LD.34.EC.7 يوجد دليل على جمع وتحليل البيانات حول أداء القسم وأداء الموظفين.	مقابلة إداريي المركز
LD.34.EC.8 توجد تقارير دورية عن مراقبة أداء القسم.	مراجعة وثائق

إدارة الجودة وسلامة المرضى (QM)

مقدمة

يتناول هذا الفصل مسؤولية إدارات المراكز ومسؤولية الجميع تجاه تطبيق برنامج فعال لتحسين الجودة والسلامة وتقليل المخاطر. ويكون لإدارة المركز دوراً أساسياً لضمان توفر الموارد والإتجاه نحو تحقيق هذا الهدف. عندما يقوم إداريي المركز بالمشاركة الشخصية والتشجيع والدعم لجميع العاملين بالمركز للمشاركة فى مبادرة إدارة الجودة ، يسود جو عام من الثقة والإلهام والعمل بجد لتحقيق الرعاية ذات الجودة العالية ويتم الوصول إلى أقصى درجات السلامة. ولذلك يتوجب على القيادة وضع برنامج مخطط ومستمر بحيث تكون العمليات والأنظمة هى محور التشغيل.

ويتوجب على المركز حتى يكون قادراً على التحسين الفعّال للسلامة وجودة الرعاية وتقليل المخاطر أن يستخدم المؤشرات لقياس أدائه واستخدام تلك المعلومات لتحديد العمليات التى يمكن تحسينها. ويجب على المركز أيضاً أن يكون قادراً على تحديد الأحداث العكسية المهمة أو الغير متوقعة وتحليلها بشكل مكثف لفهم الأسباب الكامنة وراءها ونتيجةً لذلك يقوم المركز بعمل التغييرات التحسينية الضرورية.

يعرّف هذا الفصل العمليات اللازمة لتحسين الجودة والسلامة وتقليل المخاطر:

- منهج مخطط وشامل للمركز
- الهيكل المطلوب (اللجنة - اللجان)
- تعليم إداريي المركز وبقية الموظفين مفاهيم الجودة
- جمع البيانات عن مؤشرات الجودة للبنية والعمليات والمخرجات
- تحديد الأولويات وتنفيذ التحسينات المناسبة
- إدارة المخاطر
- تحديد وتحليل الأحداث الهامة
- سلامة المرضى
- تعريف وتبني الأهداف الدولية لسلامة المرضى

المعايير

QM.1 **يوجد مدير \ منسق مؤهل لإدارة الجودة قادرعلى تطبيق قواعد ومفاهيم الجودة.**

QM.1.1 منسق الجودة أو مدير الجودة مسؤول أمام مدير المركز.

أدلة الامتثال

QM.1.EC.1 مدير \ منسق الجودة لديه مؤهلات وخبرات مناسبة.	ملفات الموظفين
QM.1.EC.2 مدير \ منسق الجودة مسؤول أمام إلى مدير المركز.	مراجعة وثائق

QM.2 **يتوفر لدى مدير/ منسق الجودة الموارد التالية (وموارد أخرى عند الضرورة) لتنفيذ نطاق الخدمات.**

QM.2.1 مساحة كافية للعمل وقاعة لعقد الاجتماعات.
QM.2.2 جهاز كمبيوتر وآلة تصوير وطابعة وهاتف وفاكس بأعداد كافية.
QM.2.3 خط أنترنت.
QM.2.4 برنامج كمبيوتر مناسب.

أدلة الامتثال

QM.2.EC.1 يوجد لدى منسق الجودة مساحة كافية للعمل وأجهزة كمبيوتر وطابعة وهاتف وخط أنترنت وآلة تصوير بصورة كافية لتغطية نطاق الخدمات.	ملاحظة

QM.3 **يضع المركز الصحي وينفذ خطة لتحسين الجودة بحيث تكون منهجية ومستمرة وتغطي جميع أنحاء المركز وجميع جوانب الأداء وتدعم الابتكار. وتشمل هذه الخطة ولا تقتصر على التالي:**

QM.3.1 التعريف بالأهداف العامة والخاصة.
QM.3.2 التعريف بنطاق الأنشطة.
QM.3.3 توضيح أدوار ومسؤوليات جميع مستويات العاملين.
QM.3.4 تحديد الأنشطة التعليمية عن مفاهيم الجودة.
QM.3.5 تحديد الخصائص التي تستخدم لاختيار المؤشرات وجمع وتحليل البيانات وتنفيذ وتقييم التحسينات.
QM.3.6 تحديد مؤشرات المراقبة (تشمل العمليات عالية الخطورة)
QM.3.7 توضيح كيفية التعرف على المشاكل وجمع المعلومات وتطبيق الإجراءات وكيفية تقييم الإجراءات المتخذة (باستخدام منهجية التحسين FOCUS PDCA أو أي طريقة أخرى).
QM.3.8 توضيح كيفية اختيار مشاريع التحسين وتحديد أولوياتها من قبل القيادة.
QM.3.9 توضيح أن جميع فرق تحسين الجودة مسؤولة مام لجنة تحسين الجودة.
QM.3.10 توضيح كيفية إيصال أنشطة تحسين الجودة إلى كل العاملين بالمركز الصحي (تدفق المعلومات).
QM.3.11 توضيح كيفية اعتماد الخطة من قبل اللجنة ومدير المركز.
QM.3.12 مراجعة الخطة سنوياً وعمل تعديلات عند الحاجة.

أدلة الامتثال

QM.3.EC.1 يوجد خطة تحسين الجودة تغطي جميع أنحاء المركز وتشمل الفقرات من QM.3.1 حتى QM.3.12.	مراجعة وثائق

QM.4 **يوجد بالمركز لجنة تحسين الجودة تضم على الأقل مجموعة القيادة تقوم بتطبيق الخطة (الخطط) ويشمل هذا**

على الأقل:

QM.4.1 تعتمد اللجنة جميع مبادرات إدرة الجودة وتشرف على برنامج ادارة الجودة.
QM.4.2 تتلقى اللجنة تقاريرمن جميع الفرق ورؤساء الأقسام والأعضاء المعينين لمشاريع تحسين الجودة.
QM.4.3 تعتمد اللجنة جميع فرق المركز المكونة لحل مشكلة معينة.
QM.4.4 تزود اللجنة الأعضاء بمرئياتها حول مشاريع تحسين الجودة.

أدلة الامتثال

QM.4.EC.1 توجد شروط مرجعية للجنة تحسين الجودة توضح عضوية ومهام اللجنة المذكورة في QM.4.1 حتى QM.4.4.	مراجعة وثائق
QM.4.EC.2 محاضر اجتماعات لجنة تحسين الجودة تعكس مناقشة تطبيق خطة الجودة وسلامة المرضى.	مراجعة وثائق

QM.5 يشارك إداريي المركز بفاعلية في جهود حملة الجودة كما يشاركون في:

QM.5.1 الأنشطة التثقيفية الخاصة بسلامة المرضى وإدارة الجودة.
QM.5.2 فرق تحسين الجودة.

أدلة الامتثال

QM.5.EC.1 يوجد دليل على مشاركة إداريي المركز في فرق تحسين الجودة. ويوجد دليل على الفهم الجيد لمنهجية التحسين (FOCUS PDCA) أو أي منهجية أخرى.	مقابلة إداريي المركز

QM.6 يشجع إداريي المركز الموظفين للمشاركة في:

QM.6.1 الأنشطة التثقيفية الخاصة بسلامة المرضى وإدارة الجودة.
QM.6.2 فرق تحسين الجودة.

أدلة الامتثال

QM.6.EC.1 يوجد دليل على تدريب الموظفين على مختلف جوانب الجودة وسلامة المرضى.	مقابلة
QM.6.EC.2 يشارك الموظفون في فرق تحسين الجودة.	مقابلة

QM.7 يوجد لدى المركز الصحي خطة إدارة المخاطر والتي تتناول كل المخاطرالمحتملة المتعلقة بالسلامة وبالأمور التشغيلية والمالية والسريرية التي تواجه المركز وتشتمل الخطة على:

QM.7.1 المجال والأهداف الخاصة للخطة.
QM.7.2 الموظفون المسؤولون عن الخطة.
QM.7.3 عملية منهجية لتحديد وتحليل المخاطر المحتملة من حيث درجة الشدة واحتمالية الحدوث.
QM.7.4 تطوير تدخلات لإدارة المخاطر المحتملة (على سبيل المثال تقليل المخاطر أو منعها).
QM.7.5 توثيق أنشطة إدارة المخاطر.
QM.7.6 تثقيف العاملين عن أدوارهم ومسؤولياتهم فيما يتعلق بالخطة.
QM.7.7 المراجعة المنتظمة للخطة لضمان فعالية الخطة:
QM.7.7.1 القياس المنتظم للأداء ومقارنته بمستوى الأداء المطلوب.
QM.7.7.2 استخدام معلومات المراقبة لعمل التحسينات.

QM.7.8 استراتيجيات لإيصال أنشطة إدارة المخاطر للمجموعات المختلفة.

أدلة الامتثال

QM.7.EC.1 يوجد دليل على قيام إداريي المركز باستخدام نهج مخطط لتحديد وتحليل المخاطر المحتملة للعملية (العمليات). مقابلة إداريي المركز

QM.7.EC.2 يوجد دليل على قيام إداريي المركز بوضع وتنفيذ التدخلات التي تهدف الى منع أو تقليل المخاطر المحددة المحتملة. مقابلة إداريي المركز

QM.8 يوجد لدى المركز الصحي نظام (سياسة ونموذج) للإبلاغ عن الأحداث (حدث / حادثة / انحراف للأداء) والذي يستخدمه الموظفون عند الإبلاغ عن الأحداث العكسية والأحداث الخطيرة التي كادت أن تحدث.

QM.8.1 تحديد الأحداث التي يجب الإبلاغ عنها.
QM.8.2 تعيين موظف محدد مسؤول عن إدارة نظام الإبلاغ عن الأحداث.
QM.8.3 جميع الأحداث يتم الإبلاغ عنها والتحقيق فيها في الوقت المناسب.
QM.8.4 اتخاذ إجراءات فورية فضلاً عن اتخاذ إجراءات لمنع تكرار وقوع الأحداث.
QM.8.5 إبلاغ المرضى في حالة تأثرهم بالأحداث مع التوثيق في السجلات الصحية.
QM.8.6 مراقبة الأحداث بمرور الوقت واستخدام المعلومات للتحسين.
QM.8.7 تثقيف جميع العاملين على نظام الإبلاغ عن الأحداث.

أدلة الامتثال

QM.8.EC.1 يوجد نظام للإبلاغ عن الأحداث بالمركز (سياسة ونموذج). مراجعة وثائق

QM.8.EC.2 توجد بيانات مجمعة من تقارير الأحداث. مراجعة وثائق

QM.9 يتم التعريف بالأحداث الجسيمة في سياسة تشمل ولا تقتصر على:

QM.9.1 حالات الوفاة الغير متوقعة.
QM.9.2 انتحار مريض.
QM.9.3 اختطاف طفل او إعطاء طفل الى غير عائلته.
QM.9.4 عمل أي إجراء للمريض الخطأ أو العضو الخطأ من المريض.
QM.9.5 إصابة خطيرة أدت الى فقد عضو أو وظيفة.

أدلة الامتثال

QM.9.EC.1 سياسة الأحداث الجسيمة تشمل قائمة بالأحداث الجسيمة التي يجب الإبلاغ عنها وتشمل على الأقل المذكور في QM.9.1 حتى QM.9.5. مراجعة وثائق

QM.10 يوجد لدى المركز عملية للتعامل مع الأحداث الجسيمة وتشمل:

QM.10.1 الإبلاغ عن الحدث الجسيم في خلال 24 ساعة.
QM.10.2 تكوين فريق لدراسة أسباب الحادثة (تحليل الأسباب الجذرية).
QM.10.3 تحليل الأسباب الجذرية يتم عمله في خلال 10 أيام عمل.
QM.10.4 وضع خطة عمل وأنظمة مراجعة بغرض التحسين.

أدلة الامتثال

QM.10.EC.1	عملية التعامل مع الأحداث العارضة تشمل الإبلاغ عن الحدث الجسيم في خلال 24 ساعة وتكوين فريق لدراسة أسباب الحادثة (تحليل الأسباب الجذرية) في خلال 10 أيام عمل ويتم توثيق العملية في محاضر اجتماعات أو تقارير أو أي وثائق أخرى.	مقابلة إداريي المركز
QM.10.EC.2	تم التعامل مع الأحداث العارضة السابقة بناءً على السياسة مع عمل تحليل الأسباب الجذرية وخطة العمل (محاضر اجتماعات و/أو تقارير).	مراجعة وثائق

QM.11 يدعم المركز الصحي سلامة المرضى عن طريق:

QM.11.1 التعريف بالأهداف الدولية المختارة لسلامة المرضى وتبنيها ضمن خطة الجودة وسلامة المرضى.

QM.11.2 تحديد موظفين أو تكوين فريق لسلامة المرضى مع وجود ممثلين من الأقسام الطبية والتمريض والصيدلية والسلامة.

QM.11.3 تكليف الموظفين المعينين أو فريق سلامة المرضى بمهمة تطبيق ومراقبة أهداف سلامة المرضى وإعطاء توصيات للتحسين.

أدلة الامتثال

QM.11.EC.1	يوجد شروط مرجعية أو أي وثائق للجنة أو فريق سلامة المرضى تشمل العضوية والمهام المطلوبة.	مراجعة وثائق
QM.11.EC.2	الأهداف الدولية لسلامة المرضى معرفة في خطة الجودة وسلامة المرضى.	مراجعة وثائق
QM.11.EC.3	يوجد مراقبة للأهداف الدولية لسلامة المرضى في التقارير ومحاضر الاجتماعات وخطط العمل للتحسين.	مقابلة

QM.12 توجد سياسة مكتوبة للأوامر الشفهية والهاتفية والتي تشمل:

QM.12.1 يقوم الطبيب المعالج أو نائبه بالتوقيع على الاوامر الشفهية أو الهاتفية.

أدلة الامتثال

QM.12.EC.1	توجد سياسة مكتوبة للأوامر الشفهية والهاتفية تشمل توقيع الطبيب على الأمر/ الأوامر الشفهية أو الهاتفية.	مراجعة وثائق
QM.12.EC.2	يتم الالتزام بالوقت المحدد لتوثيق وتوقيع الأوامرالشفهية أوالهاتفية وفقاً للسياسة.	مراجعة السجل الصحي

QM.13 يتبنى المركز عملية تتطلب وجود وسيلتين للتعرف على المرضى عند أخذ عينات الدم أو إعطاء أدوية أو القيام باجراء.

أدلة الامتثال

QM.13.EC.1	توجد سياسة لاستخدام وسيلتين للتعرف على المرضى في الإجراءات المذكورة أعلاه.	مراجعة وثائق
QM.13.EC.2	موظفو المركز على دراية بوسائل التعريف بالمريض ومتى يتم استخدامها.	مقابلة

QM.14 توجد آلية لمنع إجراء الجراحة / الإجراء الخطأ أو في المكان الخطأ أو للشخص الخطأ و يشمل ذلك:

QM.14.1 توثيق عملية التحقق من الشخص والمكان والإجراء الصحيح قبل بداية العملية الجراحية.

QM.14.2 وجود آلية لوضع علامة بالحبر الدائم على مكان العملية بطريقة موحدة ورمز موحد عن طريق الشخص الذي سيقوم بالعملية و/ أو الإجراء.

QM.14.3 توثيق " الوقت المستقطع " الذي يتم في مكان عمل الإجراء.

أدلة الامتثال

QM.14.EC.1 يتم توثيق عملية التحقق ووضع علامة على مكان العملية والوقت المستقطع في الملف الصحي في قائمة للتحقق أو نموذج آخر. — مراجعة السجل الصحي

QM.14.EC.2 توجد آلية لوضع علامة على مكان العملية بطريقة موحدة ورمز موحد باستخدام الحبر الدائم عن طريق الشخص الذي سيقوم بالعملية و/أو الإجراء. — مراجعة السجل الصحي

QM.15 توجد لدى المركز آلية للتعريف الفعال والتقييم والتدخلات التي تتم للمرضى المعرضين للسقوط.

أدلة الامتثال

QM.15.EC.1 توجد عملية للتعريف الفعال للمرضى المعرضين للسقوط. — مقابلة

QM.15.EC.2 توجد آلية للتقييم ، والتدخلات للمرضى المعرضين للسقوط. — مراجعة وثائق

QM.16 يوجد لدى المركز سياسة لتوجيه الموظفين لممارسة التقنيات المناسبة لنظافة اليدين للحد من مخاطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

أدلة الامتثال

QM.16.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لنظافة اليدين. — مراجعة وثائق

QM.16.EC.2 يتم تطبيق سياسة نظافة اليدين بشكل صحيح. — ملاحظة

QM.17 يوجد لدى المركز عملية للتخزين والتداول الآمن للأدوية ذات المحاذير العالية.

QM.17.1 تتم إزالة الكهارل المركزة من مناطق العناية بالمرضى.

QM.17.2 توجد تدابير إضافية للسلامة لمنع الاستخدام غير المقصود للأدوية المركزة.

أدلة الامتثال

QM.17.EC.1 توجد آلية للتخزين والتداول الآمن للأدوية ذات المحاذير العالية. — ملاحظة

QM.17.EC.2 لا يتم وضع الكهارل المركزة في مناطق العناية بالمرضى. — ملاحظة

QM.17.EC.3 توجد تدابير إضافية للسلامة لمنع الاستخدام غير مقصود للأدوية المركزة. — ملاحظة

QM.18 توجد أنشطة تعليمية منسقة وشاملة ومستمرة عن مفاهيم وأدوات الجودة تدرّس من قبل موظفين مؤهلين في هذا المجال وتشمل الأنشطة التعليمية:

QM.18.1 مفاهيم إدارة الجودة.

QM.18.2 كيفية العمل في فريق.

QM.18.3 استخدام البيانات وعرض البيانات.

QM.18.4 أدوات تحسين الجودة.

QM.18.5 حلقة تحسين الجودة ، مثل FOCUS PDCA أوغيرها.

QM.18.6 أدوات صنع القرار.

أدلة الامتثال

QM.18.EC.1 يوجد برنامج تعليمي منسق وشامل ومستمر لإدارة الجودة بالمركز يشمل (العمل في فريق ، واستخدام البيانات ، وأدوات الجودة و حلقة التحسين PDCA وأدوات صنع القرار). — مراجعة وثائق

QM.18.EC.2 يتم تقديم البرنامج التعليمي لإدارة الجودة من قبل موظفين مؤهلين في هذا المجال. — مراجعة وثائق

QM.19 يضع إداريي المركز الصحي وينفذون مجموعة من المؤشرات التي يتم جمعها وتجميعها بطريقة منتظمة ، وتستخدم لتحسين الجودة فضلاً عن التخطيط الاستراتيجي والتشغيلي.

QM.19.1 تمثل هذه المؤشرات العمليات والمخرجات والبنية الرئيسية للرعاية والخدمات.

QM.19.2 تركز هذه المؤشرات على المواضيع الإدارية والسريرية المهمة.

QM.19.3 المؤشرات السريرية تشتق من الممارسات الحديثة المبنية على البراهين.

QM.19.4 يتم جمع البيانات من مصادر كمية ونوعية.

QM.19.5 يتم تنسيق البيانات مع غيرها من أنشطة مراقبة الأداء مثل سلامة المرضى وإدارة المخاطر.

QM.19.6 يتم تحديد التعريف وحجم العينة وطريقة جمع البيانات وعدد المرات والتحليل وكيفية التعبير عن كل مؤشر على حده (على سبيل المثال يتم التعبير عن المؤشر كنسبة مع تحديد البسط والمقام.

أدلة الامتثال

QM.19.EC.1 يضع (يعتمد) إداريي المركز قائمة من المؤشرات يتم مراقبتها في. — مراجعة وثائق

QM.19.EC.2 يشرح إداريي المركز كيفية استخدام البيانات في تحسين الجودة والتخطيط الاستراتيجي. — مقابلة إداريي المركز

QM.20 توجد مؤشرات للبنية بناءً على الرسالة ونطاق الخدمات التي قد تشمل ولا تقتصر على:

QM.20.1 توفر المستلزمات والمعدات الأساسية.

QM.20.2 توفر السجلات الصحية.

QM.20.3 توفر أدوية الطوارئ.

QM.20.4 معدلات الشواغر في جميع الأقسام.

أدلة الامتثال

QM.20.EC.1 توجد مؤشرات مجمعة للبنية (تقارير التجميع والتحليل ، ويتم مناقشتها في محاضر لجان المركز). — مراجعة وثائق

QM.21 توجد مؤشرات للعمليات بناءً على الرسالة ونطاق الخدمات التي قد تشمل ولا تقتصر على:

QM.21.1 توقيت واستخدام المضادات الحيوية.

QM.21.2 التوثيق في السجلات الصحية.

QM.21.3 تأخير رد الأطباء على المكالمات.

أدلة الامتثال

QM.21.EC.1 توجد مؤشرات مجمعة للعمليات (تقارير التجميع والتحليل ، ويتم مناقشتها في محاضر لجان المركز). — مراجعة وثائق

QM.22 توجد مؤشرات للمخرجات بناءً على الرسالة ونطاق الخدمات التي قد تشمل ولا تقتصر على:

QM.22.1 رضا الموظفين.
QM.22.2 رضا المريض.
QM.22.3 عودة المريض للمركز من غير تخطيط مسبق.
QM.22.4 إنعاش المرضى (توقف القلب / التنفس).
QM.22.5 الأحداث العكسية (السقوط ، والإصابات).
QM.22.6 الأحداث الجسيمة.
QM.22.7 شكاوى المرضى.
QM.22.8 الأخطاء الدوائية.
QM.22.9 الإجراءات الشائعة.

أدلة الامتثال

QM.22.EC.1 توجد مؤشرات مجمعة للمخرجات (تقارير التجميع والتحليل ، ويتم مناقشتها في محاضر لجان المركز). مراجعة وثائق

QM.23 توجد نتائج مراقبة الجودة من المختبر والأشعة.

أدلة الامتثال

QM.23.EC.1 توجد بيانات مراقبة الجودة بالمختبر أو محاضر اجتماعات اللجنة المعنية (يتم تجميع البيانات وتحليلها). مراجعة وثائق
QM.23.EC.2 توجد بيانات مراقبة الجودة بالأشعة أو محاضر اجتماعات اللجنة المعنية (يتم تجميع البيانات وتحليلها). مراجعة وثائق

QM.24 يتم جمع وتحليل البيانات بطريقة منهجية من قبل موظفين مؤهلين

QM.24.1 يتم تحليل البيانات إلى معلومات مفيدة لاكتشاف الاتجاهات والانحرافات على أساس منتظم.
QM.24.2 يتم مقارنة البيانات داخلياً بالاتجاهات السابقة وخارجياً بأفضل أداء (عند توفره).
QM.24.3 يتم تزويد المستخدمين الملائمين بالمعلومات بطريقة يمكنهم فهمها واستخدامها.
QM.24.4 يتم تزويد السكان بالمعلومات الخاصة بجودة و أداء الخدمات المقدمة بالشكل المناسب.

أدلة الامتثال

QM.24.EC.1 توجد تقارير جيدة لتحليل البيانات تبين أن الموظفين مؤهلين. مراجعة وثائق
QM.24.EC.2 يوجد محاضر اجتماعات أو وثائق أخرى للجان تعكس تحديد اتجاهات البيانات بمرور الوقت لمقارنتها داخلياً وخارجياً. مراجعة وثائق

QM.25 تقوم لجنة تحسين الجودة بتحديد التوصيات وتحديد أولوياتها من أجل مشاريع تحسين الجودة على أساس معايير تحديد أولويات المنظمة وتحليل الاتجاهات.

QM.25.1 يتم إبلاغ الموظفين والمجتمع والسكان وغيرهم من العملاء بالتحسينات المستمرة للأداء (بما في ذلك حالة الاعتماد).

أدلة الامتثال

QM.25.EC.1 مراجعة الوثائق مثل شروط مرجعية لجنة تحسين الجودة ومحاضر مراجعة وثائق

الاجتماعات تكشف عن تحديد المسؤولية واستخدام البيانات التي تم تحليلها في تحديد الأولويات واختيار مشاريع تحسين الجودة.

QM.25.EC.2 يوجد دليل على إختيار إداريي المركز لمشاريع تحسين الجودة وتحديد أولوياتها وتنفيذها. مقابلة إداريي المركز

QM.25.EC.3 يوجد دليل على إبلاغ تحسينات الأداء (بما في ذلك حالة الاعتماد) للمجتمع والسكان وغيرهم من العملاء. ملاحظة

QM.26 يتم اختيار فرق إدارة الجودة من قبل إداريي المركز الصحي وتقوم هذه الفرق باستخدام أدوات الجودة لتحسين العمليات.

QM.26.1 يتم تحديد عضوية فرق تحسين الجودة من خلال إداة المركز.

QM.26.2 تشمل الفرق أحد الأفراد لتيسير عمل الفريق.

QM.26.3 تشمل الفرق قائد معين للفريق وهو من إدارة المعروفين بالمركز.

QM.26.4 تستخدم الفرق حلقة تحسين الجودة.

QM.26.5 تستخدم الفرق أدوات التحسين المستمر للجودة (مخططات باريتو ، والعصف الذهني ، ومخطط التصنيف ومخطط عظم السمكة ، والتصويت المتعدد ، الخ).

أدلة الامتثال

QM.26.EC.1 مراجعة الوثائق مثل محاضر الاجتماعات أوالتقارير أو مشاريع تحسين الجودة تعكس الهيكل السليم لفرق تحسين الجودة واستخدام أدوات الجودة (بنية سليمة ، وأعضاء الفريق على علم بالعملية ، وميسر لعمل الفريق ، قائد الفريق ، واستخدام حلقة PDCA ، وأدوات التحسين المستمر للجودة). مراجعة وثائق

QM.26.EC.2 يستطيع الموظفون وخاصة القيادة اختيار أعضاء الفريق بطريقة صحيحة ، وعلى دراية بأدوات الجودة وكيفية استخدامها. مقابلة إدارة المركز



القوى العاملة (MP)

مقدمة

يجب أن يكون لدى مركز الرعاية الصحية الأولية الموظفين المؤهلين بأعداد مناسبة بتنوع صحيح لتحقيق مهمته. ويجب أن تكون الأدوار والمسؤوليات لكل موظف محددة بوضوح فى وصف وظيفي ساري. كما ينبغي أن يتم تعريف الموظفين على المركز وأقسامهم وعملهم ، وأن يتم رفع مستوى معارفهم ومهاراتهم وقدراتهم بطريقة مستمرة وتقييم مستوى أدائهم بانتظام. ويجب أن يكون هناك برنامج للتعليم المستمر. بالإضافة إلى ذلك عندما يتم تحديد أي ثغرات فى المعارف اوالمهارات أوالقدرات يجب أن يتلقى الموظفين التدريب المناسب. ينبغي أن يكون هناك ملفات سارية ومحدثة لكل موظف وينبغي أن يحتوي هذا الملف على جميع التفاصيل الشخصية ذات الصلة بالعمل.

يبحث هذا الفصل فى متطلبات تنفيذ عمليات القوى العاملة التالية:

- خطط التوظيف
- مؤهلات الموظفين
- الوصف الوظيفي لجميع فئات الموظفين.
- إقرار الأهلية ومنح الامتيازات
- تعليم وتعريف الموظفين
- ملفات الموظفين
- تقييم أداء الموظفين

المعايير

MP.1 **يوجد فرد مؤهل معين لإدارة أنشطة الموارد البشرية.**

أدلة الامتثال

MP.1.EC.1 مدير الموارد البشرية لديه المؤهلات والخبرات المناسبة.	ملفات الموظفين

MP.2 **يوجد لدى المركز دليل للموارد البشرية (دليل الموظف) والذى يعطى لجميع الموظفين الجدد خلال التعريف بالمركز الصحي.**

أدلة الامتثال

MP.2.EC.1 يوجد لدى المركز دليل الموظف.	مراجعة وثائق
MP.2.EC.2 يتم تعريف جميع الموظفين بدليل الموظف كجزء من التعريف العام بالمركز.	مقابلة

MP.3 **يحتوى دليل الموارد البشرية (دليل الموظف) على سياسة للتعامل مع شكاوى و \ أو عدم رضا الموظفين.**

أدلة الامتثال

MP.3.EC.1 دليل الموارد البشرية يحتوي على سياسة للتعامل مع شكاوى الموظفين.	مراجعة وثائق

MP.4 **يوجد لدى المركز الصحي سياسة تتناول طرق تسوية النزاع بين الموظفين.**

أدلة الامتثال

MP.4.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لتسوية النزاع بين الموظفين.	مراجعة وثائق

MP.5 **يقوم إداريي المركز بوضع وتنفيذ برنامج لتعيين الموظفين والاحتفاظ بهم والتطوير والتعليم المستمر لجميع الموظفين.**

أدلة الامتثال

MP.5.EC.1 يوجد برنامج مكتوب لتعيين الموظفين والاحتفاظ بهم والتطوير والتعليم المستمر لجميع الموظفين معد من قبل إداريي المركز.	مراجعة وثائق

MP.6 **توجد لدى المركز سياسة تتطلب وجود وصف وظيفي مكتوب بوضوح لجميع فئات الموظفين يتم مراجعته وتنقيحه على الأقل كل 3 سنوات وعند الحاجة و:**

MP.6.1 يستخدم الوصف الوظيفي عند إختيار الموظفين للتعيين والترقيات الداخلية والنقل.
MP.6.2 يحدد الوصف الوظيفي المعارف والمهارات والسلوكيات اللازمة لتأدية الوظيفة.
MP.6.3 يقدم الوصف الوظيفي لكل موظف عند التعيين ويتم وضعه فى ملف الموظف ودليل القسم.
MP.6.4 يتبع الوصف الوظيفي لجميع الوظائف النموذج المحدد لذلك.
MP.6.5 الوصف الوظيفي لجميع الوظائف يكون على أساس الكفاءة.

أدلة الامتثال

MP.6.EC.1 توجد سياسة للوصف الوظيفي.	مراجعة وثائق
MP.6.EC.2 يتبع الوصف الوظيفي لجميع الوظائف النموذج المعين الذى يحدد المعارف والقدرات والسلوكيات اللازمة لتأدية الوظيفة.	ملفات الموظفين
MP.6.EC.3 يستند الوصف الوظيفي لجميع الوظائف على الكفاءة ويستخدم لإختيار الموظفين للتعيين والترقيات الداخلية والنقل ويتم إعطاؤه للموظفين عند التعيين.	ملفات الموظفين

MP.7 يضمن المركز الصحي استكمال وتحديث ملفات الموظفين.

MP.7.1 ضمان تسجيل العاملين فى الرعاية الصحية فى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.
MP.7.2 يطبق المركز سياسة للحفاظ على سرية الملفات.

أدلة الامتثال

MP.7.EC.1 جميع العاملين فى الرعاية الصحية مسجلين فى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.	ملفات الموظفين
MP.7.EC.2 توجد سياسة مكتوبة للحفاظ على سرية ملفات الموظفين.	مراجعة وثائق

MP.8 يوجد لدى المركز برنامج تعريفي عام وشامل وإلزامي يحضره جميع الموظفين الجدد ويشمل البرنامج دون أن يقتصر على مايلي:

MP.8.1 رسالة ورؤية وقيم المركز والهيكل التنظيمي.
MP.8.2 دور الموظفين فى حالات الكوارث والطوارئ (الحريق).
MP.8.3 معلومات عامة عن المواد الخطرة بما فى ذلك سجل بيانات سلامة المواد (MSDS).
MP.8.4 معلومات عامة عن مكافحة العدوى والتخلص من الأدوات الحادة.
MP.8.5 السلامة من الكهرباء.
MP.8.6 معلومات عامة عن أجهزة الاتصالات: البيجر ونظام الهاتف والطلب.
MP.8.7 معلومات عامة عن عملية تقييم الموظفين.
MP.8.8 تعريف الأحداث العكسية والأحداث الجسيمة مع عملية التبليغ وتشمل، من يقوم بالتبليغ، ومتى يتم التبليغ ، وكيف يتم التبليغ، ولمن يتم توجيه البلاغ.
MP.8.9 سياسة التعامل مع حالات العنف والإهمال للأطفال والكبار.
MP.8.10 نظرة عامة على سياسات إقرار الأهلية ومنح الامتيازات وتقييم الكفاءة.
MP.8.11 معلومات عامة عن برنامج صحة الموظفين ومكوناته.
MP.8.12 معلومات عامة عن المسائل الإجتماعية والثقافية بالمملكة.
MP.8.13 معلومات عامة عن عمليات تحسين الجودة وسلامة المرضى بالمركز وأهمية مشاركة كل فرد من الموظفين.
MP.8.14 معلومات عن السلوك الأخلاقي المتوقع للموظفين والتواصل المهني المتوقع أثناء تفاعلات الموظفين مع الآخرين.
MP.8.15 معلومات عن حماية حقوق وخصوصية وسرية المرضى.

أدلة الامتثال

MP.8.EC.1 سجلات الحضور التى تدل على حضور جميع الموظفين للبرنامج التعريفي العام الإلزامي.	مراجعة وثائق
MP.8.EC.2 يشمل محتوى البرنامج التعريفي العام للمركز MP.8.1 حتى MP.8.15	مقابلة

MP.9 يضمن المركز الصحي تلقي الموظفين التعليم الخاص بالتشغيل الآمن للمعدات

MP.9.1 يتم تدريب الموظفين على التشغيل الآمن للمعدات بما في ذلك الأجهزة الطبية.

MP.9.2 توجد آلية لضمان أن الأجهزة المتخصصة يتم تشغيلها فقط عن طريق الموظفين المدربين والمؤهلين.

أدلة الامتثال

MP.9.EC.1 يوجد دليل على تعليم الموظفين كيفية التشغيل الآمن للمعدات جنباً إلى جنب مع الأدوات اللازمة لضمان كفاءة الموظفين. — ملفات موظفين

MP.10 يتم توثيق البرنامج التعريفي العام للمركز فى ملف كل موظف.

أدلة الامتثال

MP.10.EC.1 البرنامج التعريفي العام موثق فى ملف الموظف. — ملفات الموظفين

MP.11 يحصل جميع الموظفين الجدد على برنامج تعريفي عن القسم يقدم عن طريق رئيس القسم والذي يشمل دون أن يقتصر على:

MP.11.1 يقوم جميع الموظفين الجدد بقراءة السياسات الملائمة الخاصة بالقسم والتوقيع على أنهم قرأوها وفهموها.

MP.11.2 يقوم جميع الموظفين الجدد بقراءة الوصف الوظيفي الخاص بهم والتوقيع على أنهم قرأوه وفهموه.

MP.11.3 يخضع جميع الموظفين الجدد لتقييم المعرفة والمهارات والسلوك المطلوب من الموظف للعمل بنجاح فى وظيفته (وظيفتها).

MP.11.4 يتلقى جميع الموظفين الجدد التدريب على الإستخدام السليم للمعدات بما فى ذلك حل المشاكل والتبليغ عن الأعطال.

MP.11.5 يحصل جميع الموظفين الجدد على مزيد من التوضيح حسب الحاجة بشأن جميع المواضيع الواردة فى التعريف العام ويتم التوقيع على هذا من قبل الموظف والمشرف المباشر.

MP.11.6 يتم وضع تعريف الموظفين الجدد فى ملف الموظف.

أدلة الامتثال

MP.11.EC.1 يوجد برنامج تعريفي للأقسام يشمل MP.11.1 الى MP.11.6. — مقابلة

MP.11.EC.2 يتم تقديم البرنامج التعريفي للأقسام من قبل رئيس القسم. — مقابلة

MP.11.EC.3 يتم توثيق البرنامج التعريفى فى ملف الموظف. — ملفات الموظفين

MP.12 تدعم إدارة المركز إستمرارية التعليم لجميع الموظفين سعياً للتطوير المهني والتعليمي.

MP.12.1 تخصص الإدارة الدعم المالي و/أو الوقت للموظفين لحضور الأنشطة التعليمية.

أدلة الامتثال

MP.12.EC.1 يوجد دليل لدى إدارة المركز على دعمها المالي و/أو الوقتي للموظفين لحضور الأنشطة التعليمية. — مقابلة

MP.13 يوجد لدى المركز برنامج تعليمي (برنامج أكاديمي) مع جدول مستمر للأنشطة التعليمية والتدريب بناءً على احتياجات المركز.

أدلة الامتثال

MP.13.EC.1 يوجد جدول للخطة التعليمية / البرنامج الأكاديمي.	مراجعة وثائق

MP.14 يوصي رؤساء الأقسام بالدورات والمهارات اللازمة لتحديث كفاءة الموظفين والمحافظة عليها لتقديم الرعاية الصحية وينفذون هذه الدورات ويقيمونها. وترتبط هذه العملية بتحسين الأداء وتوثق فى ملف كل موظف.

أدلة الامتثال

MP.14.EC.1 توجد توصيات بالاحتياجات التعليمية بناءً على تقييم الأداء من قبل رؤساء الأقسام.	مراجعة وثائق
MP.14.EC.2 حضور البرنامج التعليمي موثق فى ملف الموظف.	ملفات الموظفين

MP.15 يتم تحديد الإحتياجات التدريبية والتعليمية بناءً على ، حسب الاقتضاء:

MP.15.1 رسالة ورؤية وقيم المركز.
MP.15.2 قطاع المرضى الذين يخدمهم المركز ونوعية وطبيعة الرعاية المقدمة من المركز والأقسام/الخدمات.
MP.15.3 الاحتياجات التدريبية والتعليمية الفردية للموظفين.
MP.15.4 المعلومات الناتجه عن تقييم الجودة وأنشطة التحسين.
MP.15.5 الاحتياجات الناتجة عن التقدم الحاصل فى إدارة الرعاية الصحية وعلوم وتكنولوجيا الرعاية الصحية.
MP.15.6 نتائج تقييم الأقسام / الخدمات لأداء الأفراد.
MP.15.7 نتائج أنشطة مراجعة الزملاء ، إذا كان ذلك مناسباً.
MP.15.8 نتائج برامج إدارة السلامة والتكنولوجيا ومباني المركز.
MP.15.9 نتائج أنشطة مكافحة العدوى.

أدلة الامتثال

MP.15.EC.1 تستند برامج التعليم والتدريب على الفقرات في MP.15.1 إلى MP.15.9.	مراجعة وثائق
MP.15.EC.2 الأنشطة التعليمية والتدريب تستند على إحتياجات المركز.	مراجعة وثائق

MP.16 يتلقى جميع الموظفين الذين يقدمون الرعاية المباشرة للمريض (الطاقم الطبي وطاقم التمريض وغيرهم من المهنيين الصحيين) التدريب على الإنعاش القلبي الرئوي الأساسي ويتم تكرار التدريب كل سنتين.

أدلة الامتثال

MP.16.EC.1 التدريب الخاص بالإنعاش القلبي الرئوي الأساسي لكل العاملين ساري المفعول ومكرر كل سنتين.	ملفات الموظفين

MP.17 يوجد لدى المركز الصحي عمليات تتناول صحة وسلامة جميع الموظفين متفقة مع القوانين والأنظمة ومتناسقة مع برامج الجودة والسلامة وإدارة المخاطر ومكافحة العدوى بالمركز:

MP.17.1 يستند البرنامج على تقييم ، وعند الضرورة ، الحد من مخاطر الصحة المهنية والسلامة.
MP.17.2 يشمل البرنامج ولا يقتصر على التالي:
- MP.17.2.1 الفحص الطبي قبل التعيين للموظفين الجدد.
- MP.17.2.2 الاستجابة للمشاكل الصحية للموظفين بالعلاج المباشر أو الإحالة.
- MP.17.2.3 الفحص الطبي الدوري للموظفين (على الأقل سنوياً).

MP.17.2.4 الكشف عن التعرض و / أو الحصانة للأمراض المعدية.

MP.17.2.5 التحصينات الوقائية للموظفين.

MP.17.2.6 التعامل مع التعرض لمسببات المرض التي تنتقل عن طريق الدم والظروف الأخرى المتعلقة بالعمل.

MP.17.2.7 تدابير للحد من المخاطر والتعرض المهني بما في ذلك استخدام المعدات والملابس الواقية والتعامل مع الضغوط والهندسة الإنسانية.

MP.17.2.8 تعليم الموظفين عن المخاطر الموجودة ببيئة المركز فضلاً عن المخاطر المتعلقة بأعمالهم الخاصة ، على سبيل المثال تقنيات رفع الأحمال والاستخدام الآمن للمعدات واكتشاف وتقييم والإبلاغ عن المخاطر.

MP.17.2.9 التعامل مع حوادث الموظفين، على سبيل المثال الإصابات والأمراض واتخاذ الإجراءات التصحيحية ووضع تدابير لمنع تكرر الحدوث.

MP.17.3 توجد وسيلة لإدارة وحفظ السجلات (السجلات الصحية للموظفين والتي يتم الاحتفاظ بها بشكل منفصل).

أدلة الامتثال

MP.17.EC.1 توجد سجلات صحية لجميع الموظفين تحتوي على MP.17.2.1 إلى MP.17.2.9.	مراجعة وثائق

MP.18 يوجد لدى إداريي المركز عملية فعالة لتقييم الموظفين خلال فترة الاختبارعند التوظيف ويشمل هذا:

MP.18.1 سياسة تحدد الأدوار والمسؤليات لتقييم الموظفين خلال فترة الاختبارالخاصة بهم.

MP.18.2 التوثيق فى ملف الموظف.

أدلة الامتثال

MP.18.EC.1 توجد سياسة لتقييم الموظفين خلال فترة الإختبار.	مراجعة وثائق
MP.18.EC.2 يتم توثيق تقييم الموظفين خلال فترة الإختبار فى ملف الموظف.	ملفات الموظفين

MP.19 يوجد لدى إداريي المركز عملية فعالة لتقييم الموظفين على الأقل سنوياً ويشمل هذا:

MP.19.1 سياسة تحدد الأدوار والمسؤوليات لتقييم الموظفين على الأقل سنوياً.

MP.19.2 نموذج تقييم شامل يغطي جميع جوانب مستويات الأداء المتوقعة على النحو المبين فى الوصف الوظيفي الخاص بالموظف / الموظفة (على سبيل المثال الكفاءة والسلوك ، الخ)

MP.19.3 التوثيق فى ملف الموظف.

MP.19.4 يقوم جميع الموظفين بقراءة التقييم الخاص بهم والتوقيع عليه.

أدلة الامتثال

MP.19.EC.1 توجد سياسة للتقييم السنوى ونموذج تقييم يغطي جميع مستويات الأداء المتوقع.	مراجعة وثائق
MP.19.EC.2 جميع ملفات الموظفين تحتوي على نماذج التقييم السنوي كاملة (حسب الاقتضاء) مع توقيع الموظفين عليها.	ملفات الموظفين

MP.20 يوجد لدى المركز آلية فعالة لجمع وثائق الاعتماد (الترخيص ، والتعليم ، والتدريب والخبرة) والتحقق منها وتقييمها بالنسبة للأطباء والتمريض وغيرهم من المهنيين الصحيين المرخص لهم تقديم رعاية للمرضى.

MP.20.1 يتم التحقق من وثائق الاعتماد من المصدر الأصلي بقدر الإمكان.

MP.20.2 تستند مسؤوليات العمل ومهام العمل السريري على تقييم الوثائق التي تم التحقق منها.

MP.20.3 يضمن المركز تسجيل العاملين الصحيين المهنيين لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية وفقاً للقوانين والأنظمة.

MP.20.4 يحتفظ المركز بسجل لكل موظف بالطاقم الطبي أو التمريض أوغيرهم من المهنيين الصحيين (ملف الاعتماد أو ملف آخر) يحتوي على رخصة مهنية سارية وشهادة أو تسجيل عند طلب ذلك بالقانون أو الأنظمة أو من قبل المنظمة. يتم تحديث هذه المعلومات عند الاقتضاء.

MP.20.5 يتم تطبيق هذه الآلية على جميع فئات الطاقم الطبي (على سبيل المثال دوام كامل أو دوام جزئي أو فترة مؤقتة ، الخ).

أدلة الامتثال

MP.20.EC.1	يوجد آلية مطبقة لجمع وثائق الاعتماد المذكورة أعلاه والتحقق منها وتقييمها بالنسبة للأطباء والتمريض وغيرهم من المهنيين الصحيين.	مقابلة إداريي المركز
MP.20.EC.2	يتم التحقق من وثائق الاعتماد من المصدر الأصلي بقدر الإمكان.	ملفات الموظفين
MP.20.EC.3	يكون لكل موظف مهني ملف اعتماد أو ملف آخر يحتوي على رخصة مهنية سارية وشهادة أو تسجيل والتعليم والتدريب والخبرة.	ملفات الموظفين

MP.21 يوجد قائد للتمريض (مدير تمريض / ممرض تنفيذي) بحيث يكون ممرض مسجل ومؤهل بالتعليم والخبرة المناسبة.

MP.21.1 يشارك قائد التمريض / نائبه في الهياكل متعددة التخصصات بالمركز ، على سبيل المثال اللجنة (اللجان) ذات الصلة.

MP.21.2 يضع قائد التمريض ويحافظ على مستوى حديث للممارسة في كل وحدة تمريضية.

MP.21.3 يضع قائد التمريض خطة توظيف تحافظ على مستوى كافٍ من الموظفين في جميع الوحدات.

MP.21.4 يقوم قائد التمريض بتوزيع الطاقم التمريضي بناءً على:

MP.21.4.1 مستوى المهارة والمؤهلات الملائمة على أساس القوانين واللوائح.

MP.21.4.2 نوع ودرجة خطورة حالات المرضى في الوحدات.

أدلة الامتثال

MP.21.EC.1	يوجد دليل على أن قائد التمريض / نائبه مؤهل ويشارك في الهياكل متعددة التخصصات ذات الصلة (على سبيل المثال اللجان)	ملفات موظفين
MP.21.EC.2	يوجد خطة توظيف لدى التمريض.	مراجعة وثائق
MP.21.EC.3	يوجد دليل على أن توزيع التمريض على الوحدات مبني على النقاط المذكورة في MP.21.4.	مقابلة إداريي المركز

MP.22 يوجد لدى المركز الصحي آلية محددة بوضوح وموثقة لتعيين ومنح الامتيازات للعاملين بالطاقم الطبي. يضم الطاقم الطبي الأطباء المرخص لهم وأطباء الأسنان وغيرهم من الأفراد المرخص لهم والذين يسمح لهم القانون بتقديم خدمات رعاية المرضى بشكل مستقل في المركز.

MP.22.1 تعيين ومنح الامتيازات للكوادر الطبية يتم وفقاً للقانون والمتطلبات القانونية.

MP.22.2 تعيين ومنح الامتيازات للكوادر الطبية يتم بناءً على تقييم وثائق الاعتماد التي تم التحقق منها (الترخيص والتعليم والتدريب والخبرة) فضلاً عن الصحة البدنية والعقلية.

MP.22.3 تعيين ومنح الامتيازات للكوادر الطبية يتم عن طريق التوصية من قيادات الطاقم الطبي ، على سبيل المثال لجنة إقرار الأهلية ومنح الامتيازات واللجنة الطبية التنفيذية ، ويتم اعتمادها من الهيئة الحاكمة مباشرةً أو عن طريق التفويض الملائم.

MP.22.4 يتم تطبيق هذه الآلية على جميع فئات الطاقم الطبي (على سبيل المثال دوام كامل أو دوام جزئي أو فترة مؤقتة ، الخ).

أدلة الامتثال

MP.22.EC.1 توجد آلية موثقة لتعيين ومنح الامتيازات للكوادر الطبية. يسبق هذه الآلية التحقق من وثائق الاعتماد وتقييمها فضلاً عن تقييم الصحة البدنية والعقلية.	مراجعة وثائق
MP.22.EC.2 يتم اعتماد تعيين الكوادر الطبية عن طريق الهيئة الحاكمة أو التفويض الملائم لهذه السلطة.	مراجعة وثائق

MP.23 جميع أفراد الطاقم الطبي لديهم امتيازات سريرية محددة:

MP.23.1 يتم تحديد الامتيازات السريرية بناءً على كفاءة موثقة.

MP.23.2 يتم التوصية بالامتيازات السريرية للطاقم الطبي عن طريق قيادات الطاقم الطبي ويتم اعتمادها من قبل الهيئة الحاكمة مباشرةً أوعن طريق التفويض الملائم.

MP.23.3 يضمن جميع رؤساء الأقسام أن الأطباء الذين يعملون معهم يحد نطاق ممارستهم الامتيازات السريرية الممنوحة لهم.

MP.23.4 يتم مراجعة وتحديث امتيازات الطبيب كل سنتين وعند الحاجة.

أدلة الامتثال

MP.23.EC.1 جميع أفراد الطاقم الطبي لديهم امتيازات سريرية محددة معتمدة من الهيئة الحاكمة أو أوعن طريق التفويض الملائم.	ملفات موظفين
MP.23.EC.2 يعمل أفراد الطاقم الطبي في نطاق ممارسة مبني على الامتيازات السريرية الممنوحة لهم.	ملفات موظفين
MP.23.EC.3 الامتيازات السريرية سارية وتحدث كل سنتين وعند الحاجة.	ملفات موظفين

MP.24 يقوم المدير الطبى بالتعاون مع رؤساء الأقسام بتقييم أداء كل موظف في الطاقم الطبي من أجل مايلي:

MP.24.1 يشمل التقييم كحد أدنى:

MP.24.1.1 الوفيات والاعتلال.

MP.24.1.2 ملائمة الإحالات.

MP.24.1.3 نتائج الإجراءات.

MP.24.1.4 استخدام الموارد مثل ملائمة التدخلات والأدوية ووقت الانتظار.

MP.24.1.5 استخدامات الأدوية.

MP.24.1.6 العلاج بناءً على المبادئ التوجيهية.

MP.24.2 تتم مراجعة الأداء على الأقل سنوياً وعند الحاجة تبعاً لنتائج أنشطة تحسين الأداء.

أدلة الامتثال

MP.24.EC.1 يتعاون المدير الطبي مع رؤساء الأقسام فى تقييم أعضاء الطاقم الطبي.	مقابلة إداريي المركز
MP.24.EC.2 يشمل تقييم الأطباء على الأقل النقاط في MP.24.1.1 إلى MP.24.1.6.	مراجعة وثائق
MP.24.EC.3 يتم تقييم الأطباء سنوياً وعند الحاجة.	مراجعة وثائق



إدارة المعلومات (MOI)

مقدمة

المعلومات هى واحد من أثمن الموارد التى يمكن أن تمتلكها القيادة. ودقة المعلومات هي من الأشياء اللازمة للقيادة لدعم اتخاذ القرار. ويمكن تقييم المعلومات التى تم تحديد اتجاهها مع مرور الوقت لمعرفة ما إذا كان هناك أي تحسينات يجب القيام بها أو لتقييم فعالية التحسين الذى تم انجازه.وينبغي أن يكون لدى المركز خطة لتلبية احتياجات الإدارة في الجانب الطبي والإداري من المعلومات ولمقارنة أداء المركز مع قواعد البيانات الأخرى عندما يكون ذلك مناسباً.

من بين المتطلبات الرئيسية لهذه الوظيفة:

- تقييم الاحتياجات للمعلومات
- التخطيط للمعلومات
- جمع وتحليل البيانات
- تدفق المعلومات ومتطلبات التبليغ
- أمن وتكامل وسرية المعلومات

المعايير

MOI.1 يضع إداريي المركز عمليات إدارة المعلومات وينفذونها لتلبية إحتياجات المعلومات لجميع مقدمي الخدمات السريرية والقائمين على إدارة المركز ويشمل ذلك:

MOI.1.1 تعريف البيانات والمعلومات والأمن والسرية والتكامل.
MOI.1.2 تصنيف البيانات المتاحة (سواءً يدوية أو محوسبة).
MOI.1.3 تقييم إحتياجات المعلومات لكل من الطاقم السريري والإداري بالمركز.
MOI.1.4 وصف كيفية الحفاظ على سرية وأمان وتكامل البيانات والمعلومات.
MOI.1.5 وصف الأنواع المختلفة من التقارير وتكررها ومن الذى يتلقاها .
MOI.1.6 جدول تعليمي / تدريبي لصناع القرار وغيرهم من الموظفين الملائمين عن قواعد إدارة البيانات من أجل صناعة القرار.
MOI.1.7 وصف التكنولوجيا والموارد الأخرى اللازمة لإدارة المعلومات.
MOI.1.8 وصف أدوار ومسؤوليات القيادة ورؤساء الأقسام فيما يتعلق بالتنفيذ والتقييم.

أدلة الامتثال

MOI.1.EC.1 يوجد عمليات شاملة لإدارة المعلومات موضوعة من قبل القيادة وتشمل MOI.1.1 الى MOI.1.8.	مراجعة وثائق
MOI.1.EC.2 يوجد دليل على تنفيذ عمليات إدارة المعلومات.	مقابلة إداريي المركز

MOI.2 يشارك الموظفون الملائمون في الجانب الطبي والإداري فى اختيار وتكامل واستخدام تكنولوجيا إدارة المعلومات.

أدلة الامتثال

MOI.2.EC.1 يوجد دليل على مشاركة الموظفون الملائمون في الجانب الطبي والإداري فى اختيار ودمج واستخدام تكنولوجيا إدارة المعلومات.	مقابلة إداريي المركز

MOI.3 يوجد شخص مسؤول عن إعداد التقارير الإحصائية المطلوبة فى الوقت المناسب.

أدلة الامتثال

MOI.3.EC.1 يوجد دليل على إعداد التقارير الإحصائية اللازمة فى الوقت المناسب من قبل الشخص المعين.	مراجعة وثائق

MOI.4 يوجد لدى المركز الموارد الكافية المطلوبة للتقارير الإحصائية بما فى ذلك المعدات والنماذج.

أدلة الامتثال

MOI.4.EC.1 المعدات والنماذج المطلوبة للتقارير الإحصائية متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

MOI.5 يعمل إداريي المركز مع جميع رؤساء الأقسام على تحديد البيانات الضرورية التى سيتم إستخدامها في صناعة القرار على أساس منتظم ويشمل ذلك:

MOI.5.1 تحديد البيانات اللازمة بناءً على نطاق خدمات المركز ودرجة تعقيد الرعاية.

أدلة الامتثال

MOI.5.EC.1 يوجد تعاون مع رؤساء الأقسام لتقييم الإحتياجات من المعلومات لصناعة القرار.	مقابلة

MOI.6 يحدد إداريي المركز أدوار ومسؤليات إدخال البيانات (تعبئة النماذج) وجمع البيانات وتحليلها وعمل التقارير ويشمل ذلك :

MOI.6.1 تعريف عناصر البيانات ووضع النماذج للموظفين المعينين لإدخال البيانات اللازمة.

MOI.6.2 وضع أطر زمنية لجمع البيانات.

MOI.6.3 عرض وتحليل البيانات بإستخدام برامج الحاسب الآلى.

MOI.6.4 تقرر القيادة طريقة توجيه التقارير.

أدلة الامتثال

MOI.6.EC.1 يحدد إداريي المركز عملية إدارة البيانات وتشمل (تعريف عناصر البيانات، ووضع إطار زمنى وتحليل البيانات وتوجيه التقارير).	مراجعة وثائق

MOI.7 يقوم إداريي المركز بتحليل المعلومات بمساعدة منسق الجودة.

أدلة الامتثال

MOI.7.EC.1 يحلل إداريي المركز المعلومات بمساعدة منسق الجودة (يوجد تقارير).	مراجعة وثائق

MOI.8 يستخدم إداريي المركز المعلومات لإتخاذ القرارات والتخطيط الإستراتيجى وتحديد ووضع أولويات مشاريع تحسين الجودة.

MOI.8.1 يستند التخطيط على تحليل العوامل الديموغرافية للمريض والبيانات اللازمة للخدمات.

أدلة الامتثال

MOI.8.EC.1 يوجد وثائق داعمة مثل محاضر اجتماعات أو تقاريرأوغيرها من الوثائق.	مراجعة وثائق
MOI.8.EC.2 يستخدم إداريي المركز المعلومات لاتخاذ القرارات والتخطيط الاستراتيجي وتحديد ووضع أولويات مشاريع تحسين الجودة (يتم تحليل واستخدام التقارير التجميعية من قبل القيادة لاتخاذ القرارات).	مقابلة إداريي المركز

MOI.9 يتلقى إداريي المركز التثقيف فى مجال إدارة البيانات بما يتناسب مع أدوارهم ومسؤلياتهم داخل المركز.

أدلة الامتثال

MOI.9.EC.1 إداريي المركز وغيرهم من الموظفين ، عند الاقتضاء ، على دراية بكيفية إدارة البيانات.	مقابلة إداريي المركز

MOI.10 يحافظ المركز الصحي على الفهرس العام للسكان ويقوم بتحديثة بانتظام وعند كل زيارة جديدة أو زيارة متابعة للمريض / العائلة.

أدلة الامتثال

MOI.10.EC.1	يوجد فهرس عام للسكان يتم تحديثه بانتظام وعند كل زيارة جديدة أو زيارة متابعة للمريض / العائلة.	مراجعة وثائق

MOI.11 يوجد لدى المركز سياسة توضح كيفية الحفاظ على سرية البيانات والمعلومات ويشمل ذلك:

MOI.11.1 من سيتمكن من الحصول على جميع أنواع وفئات المعلومات ويتم وصف العقوبات للموظفين الذين ينتهكون أمن وسرية البيانات والمعلومات.

MOI.11.2 تشمل السياسة مستويات الوصول إلى معلومات المريض على أساس الحاجة إلى المعرفة.

أدلة الامتثال

MOI.11.EC.1	توجد سياسة مكتوبة للحفاظ على سرية البيانات والمعلومات تشمل مستويات الوصول على أساس الحاجة إلى المعرفة والإجراءات التأديبية عند عدم الالتزام بالسياسة.	مراجعة وثائق

MOI.12 يسهم المركز فى قواعد البيانات الخارجية وفقاً للقوانين والأنظمة السعودية.

أدلة الامتثال

MOI.12.EC.1	توجد مساهمة فى قواعد البيانات الخارجية وفقاً للقوانين والأنظمة السعودية (تقاريرالأمراض المعدية وسجل السرطان...إلخ).	مراجعة وثائق

MOI.13 توجد إمكانية للموظفين للدخول إلى الشبكة العنكبوتية للحصول على المعلومات التى تدعم العناية الآمنة بالمرضى.

أدلة الامتثال

MOI.13.EC.1	توجد إمكانية للموظفين للوصول إلى الشبكة العنكبوتية لدعم العناية الآمنة بالمرضى.	مقابلة

MOI.14 عندما يتم الاحتفاظ بالبيانات آلياً يجب أن يكون هناك نظام استرداد للبيانات موثق ومخطط فى حالة تعطل جهاز الحاسب ويشمل ذلك الحواسيب المتصلة بالشبكة أو المنفصلة عنها.

أدلة الامتثال

MOI.14.EC.1	يوجد نظام استرداد موثق للبيانات المحفوظة آلياً فى جميع الحواسيب.	مقابلة

السجلات الصحية (HR)

مقدمة

السجلات الصحية هي العمود الفقري للرعاية الصحية الأولية وتعتبر واحدة من العناصر المهمة فى برنامج الجودة. وجودة السجل الصحي أمر ضروري ويجب على مقدمي الرعاية الصحية أن يكونوا قادرين على الوصول إلى المعلومات الموجودة فى السجل الصحي من أجل توفير الرعاية الآمنة. وأيضاُ هناك حاجة للمعلومات الحيوية في السجل الصحي لضمان استمرارية رعاية المريض والتواصل بين مقدمي الرعاية فى كل مرة يتم فيها لقاء المريض. ولضمان الإدارة الملائمة للسجلات الصحية ينبغي أن يكون لدى المركز آليات واضحة للوصول إلى السجلات وإدخال المعلومات فى السجلات واستخدام معلومات السجلات الصحية.

توضح معايير السجلات الصحية فى هذا الفصل العمليات والأنشطة التالية:

- موظفو قسم السجلات الصحية
- إنشاء وتركيب ومحتويات السجلات الصحية
- معايير التوثيق فى السجلات الصحية
- الترميز
- إتاحة السجلات الصحية
- التخزين والاحتفاظ بالسجلات
- أمن وسلامة وسرية السجلات الصحية
- تحسين جودة السجلات الصحية

المعايير

HR.1 يتم إنشاء ملف لكل مريض يتم تقييمه و/ أو يتلقى الرعاية أو الخدمات بالمركز الصحي.

أدلة الامتثال

HR.1.EC.1 يتم إنشاء ملف لكل مريض يتم تقييمه و/ أو يتلقى الرعاية أو الخدمات بالمركز. مقابلة

HR.2 يتم تعريف السجل الصحي بسهولة بواسطة وسيلة تعريف وحيدة للمريض.

أدلة الامتثال

HR.2.EC.1 يتم تعريف السجل الصحي بسهولة بواسطة وسيلة تعريف وحيدة للمريض. مراجعة السجل الصحي
HR.2.EC.2 يوجد نظام لترقيم السجلات الصحية . ملاحظة

HR.3 يجب أن تحتوى جميع السجلات الصحية على المعلومات التالية كحد أدنى:

HR.3.1 اسم المريض وعنوانه وتاريخ ميلاده وأقرب الأقرباء. يجب أن يتضمن الاسم: اسم العائلة والاسم الأول والاسم الأوسط.
HR.3.2 التاريخ الطبى للمريض.
HR.3.2.1 تفاصيل المرض الحالى بما فى ذلك ، عند الإقتضاء ، تقييم حالة المريض النفسية والسلوكية والإجتماعية.
HR.3.2.2 التاريخ الماضى والإجتماعى والعائلى الذى له صلة بالحالة حسب عمر المريض.
HR.3.2.3 تقييم سريري حسب أجهزة الجسم.
HR.3.3 ملخص عن احتياجات المريض النفسية الاجتماعية بما يتلائم مع عمر المريض.
HR.3.4 تقارير الفحوصات الطبية ذات الصلة.
HR.3.5 الأوامر التشخيصية والعلاجية.
HR.3.6 دليل على الموافقة المبينة.
HR.3.7 الملاحظات السريرية بما فى ذلك نتيجة العلاج.
HR.3.8 تقارير الإجراءات والإختبارات ونتائجها.
HR.3.9 توثيق الطبيب / الطبيبة بما في ذلك تقييم الحالة والتشخيص والانطباع والتعديلات على خطة الرعاية عند الحاجة والتدخلات العلاجية.
HR.3.10 دليل على تثقيف المريض/ العائلة/ وتعزيز الصحة.
HR.3.11 الإستنتاجات فى نهاية التقييم/العلاج.

أدلة الامتثال

HR.3.EC.1 يوجد سجل صحي موحد وكامل المحتويات ويشمل HR.3.1 إلى HR.3.11. مراجعة السجل الصحي

HR.4 يسمح فقط للموظفين المصرح لهم بالكتابة فى السجلات الصحية و:

HR.4.1 يوجد طريقة وحيدة (اسم و/أو رقم) لتعريف كل فرد من الموظفين يستخدمها الموظف / الموظفة عندما يقوم بالكتابة فى السجلات.
HR.4.2 يقوم الموظفون بكتابة التاريخ والوقت لكل إدخال فى السجل الصحى.
HR.4.3 يوقع الموظفون تحت كل إدخال.

أدلة الامتثال

HR.4.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لتحديد الموظفين المصرح لهم بالكتابة فى السجلات الصحية (يستخدم الاسم ورقم التعريف أوالختم والتوقيع).	مراجعة وثائق
HR.4.EC.2 جميع المدخلات بها التاريخ والوقت والتوقيع ويمكن التعرف على الموظف الذى قام بالادخال على سبيل المثال عن طريق الاسم أو رقم التعريف.	مراجعة السجل الصحي

HR.5 يوجد لدى المركز السياسات والإجراءات الإدارية الضرورية والتى تشمل دون أن تقتصر على:

HR.5.1 إنشاء ملف صحى جديد.

HR.5.2 نقل سجل صحى إلى مركز آخر.

HR.5.3 تلقى سجل صحى من مركز آخر.

HR.5.4 أرشفة الردود على حالات المرضى.

HR.5.5 إسترداد ملف فرد من سجل الأسرة وإرجاعه مرة أخرى.

HR.5.6 توثيق وتبادل المعلومات المتعلقة بعلاج الزوار من خارج منطقة خدمة المركز.

أدلة الامتثال

HR.5.EC.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة للعمليات المذكورة في HR.5.1 إلى HR.5.6.	مراجعة وثائق

HR.6 يستخدم المركز رموز التشخيص الموحدة (مثل التصنيف الدولى العاشر للأمراض ICD10 أو التصنيف الدولي للرعاية الأولية (ICD-10.ICPC-2e) أوالمصطلحات الحالية للإجراءات أوالمجموعات التشخيصية ذات العلاقة DRGs) ورموز الإجراءات والتعريفات بحيث يمكن تجميع البيانات وتحويلها الى معلومات عن طريق:

HR.6.1 إستخدام رموز تشخيص موحدة.

HR.6.2 استخدام رموز إجراءات موحدة.

HR.6.3 استخدام رموز وتعريفات موحدة.

أدلة الامتثال

HR.6.EC.1 يوجد رموز تشخيصات وإجراءات موحدة (ICD10 أو (ICD-10.ICPC-2e) أو DRGs) ورموز موحدة وتعريفاتها .	مراجعة السجل الصحي

HR.7 يوجد لدى المركز سياسة لتخزين السجلات والبيانات والمعلومات والإحتفاظ بها و:

HR.7.1 تتفق هذه السياسة مع اللوائح والقوانين.

HR.7.2 تحدد السياسة طول الفترة الزمنية اللازمة للاحتفاظ بالسجلات بما فى ذلك أفلام الأشعة السينية (الحد الأدنى 5 سنوات).

HR.7.3 توضح السياسة كيفية الحفاظ على سرية وأمن وتكامل السجلات.

أدلة الامتثال

HR.7.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لتخزين السجلات والبيانات والمعلومات والاحتفاظ بها بحيث تتفق مع اللوائح والقوانين (الحد الأدنى 5 سنوات).	مراجعة وثائق
HR.7.EC.2 توجد سياسة مكتوبة لسرية وأمن وتكامل السجلات الصحية.	مراجعة وثائق

HR.8 توجد سياسة تحدد كيفية حماية السجلات من الضياع و/أو السرقة و/أو التعديلات المتعمدة أو العبث ويشمل هذا ولايقتصرعلى:

HR.8.1 توضيح كيفية حماية السجلات من الضياع.
HR.8.2 وصف الإجراءات التأديبية التى يتعين إتخاذها فى حالة إجراء أي تعديلات متعمدة من الموظفين (العبث).

أدلة الامتثال

HR.8.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لحماية السجلات الصحيحى من الضياع و/أو السرقة و/أو التعديلات المتعمدة أو العبث أوالتدمير والإجراءات التأديبية في حالة عدم إلتزام الموظفين. — مراجعة وثائق

HR.9 يوجد نظام تعقب للسجلات الصحية يستطيع تحديد موقع أي سجل غير موجود فى قسم السجلات الصحية.

أدلة الامتثال

HR.9.EC.1 يوجد نظام تعقب للسجلات الصحية. — مقابلة

HR.10 يتم توثيق كل زيارة أو علاج للمريض فى السجل الصحى.

أدلة الامتثال

HR.10.EC.1 يتم توثيق كل زيارة أو علاج للمريض فى السجل الصحى. — مراجعة السجل الصحي

HR.11 يوجد لدى المركز سياسة لقسم السجلات الصحية تتضمن محتوى السجل والنماذج التى يجب أن تكون داخله ، السجل الصحى الكامل هو الذى يحتوى على مايلى:

HR.11.1 معلومات هوية المريض وأقرب أقربائه.
HR.11.2 التاريخ والفحص البدنى.
HR.11.3 التقييم الصحى الدورى.
HR.11.4 كل التدخلات من الأطباء.
HR.11.5 كل التدخلات من التمريض.
HR.11.6 جميع أوامر الطبيب موقعة.
HR.11.7 قائمة بالمشكلات وخطة الرعاية وشجرة العائلة.
HR.11.8 الوضع البيئى.
HR.11.9 سجل التثقيف الصحى.

أدلة الامتثال

HR.11.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لمحتويات السجل الصحى . — مراجعة وثائق
HR.11.EC.2 السجل الصحى الكامل هو الذى يحتوى على النقاط من HR.11.1 إلى HR.11.9. — مراجعة السجل الصحي

HR.12 يتم تضمين المسائل التالية فى سياسة المركز لإكمال السجلات الصحية:

HR.12.1 جميع التشخيصات ذات الصلة وكذلك جميع الإجراءات المتخذة.

HR.12.2 عند الحاجة ، يتم إعطاء المريض موجزاً مطبوعاً يتضمن بإيجاز النتائج الهامة والتشخيص والعلاج والأدوية الحالية وتعليمات المتابعة كما يتم إعطاؤه ، عند الاقتضاء ، للممارس المسؤول عن متابعة رعاية المريض.

HR.12.3 الطبيب المعالج هو المسؤول عن إكمال السجل الخاص به / بها.

HR.12.4 يتم اتخاذ إجراء تأديبي ضد الأطباء الذين لايقومون بإكمال سجلاتهم فى الوقت المناسب على النحو المبيَّن فى سياسة السجلات الغيرمكتملة الخاصة بالمركز.

أدلة الامتثال

HR.12.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لإكمال السجلات الصحية توضح ضرورة توثيق جميع التشخيصات ذات الصلة فضلاً عن جميع الإجراءات التي تم عملها. — مراجعة وثائق

HR.12.EC.2 يتم ذكر الإجراء التأديبى فى سياسة السجلات الغير مكتملة الخاصة بالمركز. — مراجعة وثائق

HR.13 يعمل رئيس قسم السجلات الصحية بشكل وثيق مع لجنة مراجعة السجلات الصحية للتحقق من جودة الوثائق التالية:

HR.13.1 التاريخ والفحص البدني.

HR.13.2 تقييم المرضى.

HR.13.3 نتائج المختبر.

HR.13.4 ملاحظات تطور الحالة.

HR.13.5 خطة الرعاية .

HR.13.6 توثيق أنشطة تثقيف المرضى وتعزيز الصحة.

أدلة الامتثال

HR.13.EC.1 تقوم لجنة مراجعة السجلات الصحية بتقييم جودة الوثائق بالسجل الصحي (على سبيل المثال محاضر اجتماعات وتقارير). — مراجعة وثائق

HR.14 يوجد لدى قسم السجلات الصحية الفئات التالية من الموظفين ووصف وظيفي واضح لكل وظيفة (وفقاً لنطاق الخدمة وحجم العمل).

HR.14.1 موظفون مسؤولون عن الترميز.

HR.14.2 موظفون مسؤولون عن التجميع والتحليل.

HR.14.3 سكرتارية طبية.

HR.14.4 كتبة ملفات.

أدلة الامتثال

HR.14.EC.1 قسم السجلات الصحية لديه موظفون مسؤولون عن الترميز والتجميع والتحليل وسكرتارية طبية / ناسخين وكتبة ملفات. — مراجعة وثائق

HR.14.EC.2 يوجد وصف وظيفي واضح لجميع موظفى السجلات الصحية. — ملفات الموظفين

HR.15 رئيس قسم السجلات الصحية مؤهل بالتعليم والتدريب والخبرة.

أدلة الامتثال

HR.15.EC.1 يوجد رئيس قسم سجلات ذو خبرة وتدريب وتعليم مناسب. — ملفات الموظفين

HR.16 يتم توفير السجلات الصحية فى غضون 15 دقيقة من وقت طلبها.

أدلة الامتثال

HR.16.EC.1 تتوفر السجلات الصحية فى غضون 15 دقيقة من وقت طلبها. مقابلة

HR.17 يمكن إسترجاع السجلات الصحية فى أى وقت من اليوم.

أدلة الامتثال

HR.17.EC.1 يمكن الحصول على السجلات الصحية فى أى وقت من اليوم بما فى ذلك بعد ساعات العمل الرسمية. مقابلة

HR.18 يسمح بإخراج السجلات الصحية من قسم السجلات بناءً على سياسة معتمدة من إداريي المركز والتى تشمل:

HR.18.1 يسمح بإخراج السجلات للممرضات فى العيادات العامة.
HR.18.2 يسمح بإخراج السجلات لممرضات الطوارئ لمريض فى غرفة الطوارئ.
HR.18.3 يسمح بإخراج السجلات لرئيس لجنة الوفيات والاعتلال ويقوم بالتوقيع لذلك.
HR.18.4 يتم الحصول على موافقة مدير المركز أو المدير الطبى لجميع الطلبات الأخرى لإخراج السجل الصحي.

أدلة الامتثال

HR.18.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لإخراج السجلات الصحية من قسم السجلات الصحية (لممرضة العيادات العامة ، لممرضة الطوارئ ، رئيس لجنة الوفيات والاعتلال أو حالات استثنائية يوافق عليها المدير الطبي أو مدير المركز). مراجعة وثائق

HR.19 تكون المعلومات الأساسية عن المريض مقروءة وموجودة على نموذج الواجهة مع المعلومات الأخرى مثل الحساسية.

أدلة الامتثال

HR.19.EC.1 يوجد توثيق لجميع المعلومات الأساسية للمريض والحساسية ورمز الحالة على نموذج الواجهة. مراجعة السجل الصحي

HR.20 جميع المدخلات فى السجلات الصحية مقروءة وواضحة.

HR.20.1 توجد ارشادات خاصة لتصحيح الخطأ فى السجل الصحى والتى لاتشمل إستخدام سائل التصحيح لمحو أى مدخلات.

أدلة الامتثال

HR.20.EC.1 توجد سياسة مكتوبة للكتابة بخط مقروء وواضح وكيفية تصحيح الأخطاء. مراجعة وثائق
HR.20.EC.2 جميع المدخلات فى السجل مقروءة وواضحة. مراجعة السجل الصحي

HR.21 جميع نتائج المختبر تراجع وتوقع من قبل الطبيب قبل وضعها فى سجل المريض.

أدلة الامتثال

HR.21.EC.1 جميع نتائج المختبر توقع من قبل الطبيب قبل وضعها فى سجل المريض.	مراجعة السجل الصحي

HR.22 يقوم المركز بإعداد قائمة بالاختصارات المحظورة التى يمنع استخدامها ويوصي بهذه القائمة وتعتمدها اللجان ذات الصلة مثل لجنة الصيدلة والدواء ولجنة مراجعة السجلات الصحية.

أدلة الامتثال

HR.22.EC.1 توجد قائمة مكتوبة للاختصارات الطبية المحظورة معتمدة من لجنة الصيدلة والدواء ولجنة مراجعة السجلات الصحية.	مراجعة وثائق
HR.22.EC.2 يوجد إمتثال لقائمة الإختصارات المحظورة بالسجلات الصحية.	مراجعة السجل الصحي

HR.23 يقوم المركز بإعداد قائمة بالاختصارات المعتمدة على النحو المطلوب من الهيئات المنظمة لاستخدامها فى المركز وتوصي بها لجنة مراجعة السجلات الصحية.

أدلة الامتثال

HR.23.EC.1 توجد قائمة مكتوبة للاختصارات الطبية المعتمدة وهذه القائمة معتمدة من لجنة مراجعة السجلات الصحية.	مراجعة وثائق
HR.23.EC.2 يوجد إمتثال لقائمة الإختصارات المعتمدة بالسجلات الصحية.	مراجعة السجل الصحي

HR.24 يشارك رئيس قسم السجلات الصحية فى برنامج إدارة الجودة.

أدلة الامتثال

HR.24.EC.1 يوجد دليل على مشاركة رئيس قسم السجلات فى برنامج إدارة الجودة (عضو فى لجنة إدارة الجودة ، محاضر اجتماعات ، تقارير ، إلخ).	مراجعة وثائق

حقوق المرضى وعائلاتهم (PFR)

مقدمة

يعتبر المريض فريداً فى احتياجاته الخاصة وقيمه ومعتقداته الروحية. وبما يتوافق مع هذه القضايا يعتبر مركز الرعاية الصحية الأولية هو المسؤول عن ضمان التعريف بحقوق المرضى وعائلاتهم واحترامها داخل المركز.

مقدمو الرعاية الصحية بحاجة إلى بناء الثقة والتواصل الواضح مع المرضى وفهم وحماية المعتقدات الثقافية والنفسية والاجتماعية والروحية لكل مريض. تكون نتائج رعاية المرضى أكثر أماناً وأفضل بكثير عندما يتخذ المرضى وعائلاتهم أو غيرهم القرارت على مسؤوليتهم ، عندما يكون ذلك ملائماً ، ويشاركون في قرارت وخطط الرعاية الخاصة بهم.

ويتناول هذا الفصل معايير توضح:

- تحديد ودعم حقوق المريض والعائلة
- تحديد العلاجات/الإجراءات التى تتطلب الموافقة المبينة والحصول عليها عند اللزوم
- حماية المرضى المعرضين للخطر
- التعامل مع الألم
- حماية ممتلكات المرضى
- إجراء استبيانات رضى المرضى وعائلاتهم بطريقة منتظمة وعمل التحسينات تبعاً للنتيجة
- إنشاء عملية لحل شكاوى المرضى
- ضمان أن يكون المريض وعائلته على علم تام وفى أمان عندما يشاركون فى المشاريع البحثية

المعايير

PFR.1 يشارك إداريي المركز فى دعم وحماية حقوق المرضى وعائلاتهم عن طريق:

PFR.1.1 وضع بيان حقوق ومسؤوليات المرضى والحفاظ عليه ووضع السياسات التى تحدد وتدعم حقوق المرضى.
PFR.1.2 مناقشة جوانب حقوق المرضى فى ورش عمل و/أو إجتماعات مختارة.
PFR.1.3 تعيين لجنة لتوضيح المسائل التى تتعلق بحقوق المرضى والمساعدة فى حلها عند الحاجة.
PFR.1.4 ضمان إبلاغ المرضى عن حقوقهم ومسؤولياتهم بطريقة يمكنهم فهمها.
PFR.1.5 إتاحة حقوق ومسؤوليات المرضى للمرضى وعائلاتهم.
PFR.1.6 توفيرالتدريب والتعليم للموظفين عن حقوق ومسؤوليات المرضى وعائلاتهم.

أدلة الامتثال

PFR.1.EC.1 يوجد بيان مكتوب وسياسات لحقوق المرضى ومسؤولياتهم.	مراجعة وثائق
PFR.1.EC.2 يوجد شروط مرجعية للجنة حقوق/الدفاع عن المرضى.	مراجعة وثائق
PFR.1.EC.3 يتلقى الموظفون التعليم والتدريب عن حقوق المرضى وعائلاتهم.	مقابلة

PFR.2 يتم وضع وتطبيق سياسة إدارية تتعلق بأدوار ومسؤوليات جميع العاملين فى دعم حقوق المرضى وعائلاتهم.

أدلة الامتثال

PFR.2.EC.1 توجد سياسة إدارية تحدد الأدوار والمسؤوليات التى تتعلق بتطبيق حقوق المرضى ومسؤولياتهم.	مراجعة وثائق

PFR.3 يتم إخبار المريض بصدق عندما تتجاوز احتياجاته/ احتياجاتها للرعاية قدرة المركز.

أدلة الامتثال

PFR.3.EC.1 الموظفين على دراية بكيفية التعامل مع المرضى عند عدم توفر الخدمات المطلوبة.	مقابلة

PFR.4 يقدم المركز خدمات الرعاية الصحية بطريقة متساوية لجميع المرضى.

أدلة الامتثال

PFR.4.EC.1 توجد عمليات موحدة لرعاية المرضى.	مقابلة

PFR.5 يقوم موظفو المركز بالسماح للمرضى وعائلاتهم ، عند الاقتضاء ، بالمشاركة الكاملة في القرارات الخاصة بالرعاية والعلاج والخدمات الخاصة بهم.

PFR.5.1 يتم إخبار المرضى عن التشخيص والخيارات المتاحة للرعاية والعلاج والخدمات (بلغة الشخص العادي البسيط) وكيف يمكنهم المشاركة في القرارات الخاصة بالرعاية.
PFR.5.2 يتم دعم المرضى لمناقشة خطة الرعاية الخاصة بهم مع الطبيب والحصول على إجابات لجميع الأسئلة.
PFR.5.3 يستجيب الموظفون بطريقة مناسبة لطلب المريض الحصول على استشارة ثانية.
PFR.5.4 يتم احترام اختيارات المرضى وما يفضلونه.

أدلة الامتثال

PFR.5.EC.1 يتم إخبار المريض عن حقوقه (سياسة الموافقة أو أي مستند آخر يوجه الموظفين إلى مناقشة المرضى وعائلاتهم فيما يتعلق بخطة الرعاية الخاصة بهم والتشخيص والحالة والعلاج ودعم حقهم في التخطيط للرعاية واتخاذ القرارات) ويتم توثيق ذلك في السجل الصحي للمريض.

PFR.6 يوفر المركز الحماية المناسبة للمرضى الضعفاء مثل الرضع والأطفال والأشخاص المعاقين والمسنين.

PFR.6.1 توجد سياسة مكتوبة توضح الإجراءات والمسؤوليات لمنع إختطاف الأطفال/الرضع.
PFR.6.2 توفير حراس أمن فى المواقع الحساسة والبعيدة.
PFR.6.3 منع وصول غير المصرح لهم إلى المواقع الحساسة.
PFR.6.4 منح الزائرين بطاقات تعريف صادرة من المركز.
PFR.6.5 تعيين نداء مثل (النداء الوردى) فى حالة حدوث حالة اختطاف طفل.

أدلة الامتثال

PFR.6.EC.1 توجد سياسة مكتوبة توضح الإجراءات والمسؤوليات لمنع اختطاف الأطفال/الرضع. — مراجعة وثائق
PFR.6.EC.2 يوجد حراس للأمن فى جميع المواقع الحساسة لحماية المرضى ومساعدة المرضى المعاقين. — ملاحظة
PFR.6.EC.3 يتم تزويد جميع الزائرين بالمركز ببطاقات تعريف. — ملاحظة
PFR.6.EC.4 توجد سياسة للنداء الوردى للتعامل مع حالات الإختطاف. — مراجعة وثائق

PFR.7 يساعد المركز المرضى المعاقين من خلال تقديم المساعدة اللازمة للمرضى من ذوى الاحتياجات الخاصة عند الحاجة (على سبيل المثال تحديد أماكن وقوف السيارات بالقرب من مدخل المركز).

أدلة الامتثال

PFR.7.EC.1 المركز مهيأ للمرضى المعاقين والمسنين (مثل تحديد أماكن وقوف السيارات بالقرب من مدخل المركز). — ملاحظة

PFR.8 يطبق المركز القواعد العامة لحقوق المرضى وعائلاتهم والتى تشمل:

PFR.8.1 معاملة المريض بإحترام وكرامة فى جميع الأوقات.
PFR.8.2 إحترام ثقافة المرضى ومعتقداتهم وقيمهم النفسية والإجتماعية والشخصية والروحية.
PFR.8.3 توفير كل المعلومات المتعلقة بهوية الطبيب المعالج ووضعه المهنى وكيفية الإتصال به.
PFR.8.4 إحترام حاجة المرضى للخصوصية وعدم كشف أى أجزاء خاصة من المريض بدون حاجة أثناء العلاج.
PFR.8.5 إحترام حق المريض فى تقييم وعلاج الألم.
PFR.8.6 ضمان السرية التامة للمريض فيما يخص كل طرق علاجه وذلك بعدم مناقشة المريض علانية وعدم الكشف عن اسم المريض أو أي معلومة عن مرضه وعدم نشر أي معلومات.
PFR.8.7 عدم إهمال إحتياجات و/أو مطالب المرضى وإحترام حقهم فى الشكوى.
PFR.8.8 السماح للمريض بتقديم شكوى شفهيه أو مكتوبة أو مقترحات مع عدم التأثير على جودة الرعاية المقدمة.
PFR.8.9 السماح للمريض برفض التحدث إلى أى شخص ليس له علاقة بالرعاية المقدمة.
PFR.8.10 حماية المرضى من الإساءة اللفظية من قبل الأطباء أو التمريض أو أى من موظفى المركز.
PFR.8.11 تزويد المريض بتقرير طبى كامل ونتائج الفحوصات الدقيقة.

أدلة الامتثال

PFR.8.EC.1 الموظفون على دراية بالقواعد العامة لحقوق المرضى.	مقابلة
PFR.8.EC.2 يوجد دليل على تطبيق المركز للقواعد العامة لحقوق المرضى.	مقابلة إدارة المركز

PFR.9 توجد سياسة تحدد قائمة محدثة من العلاجات والإجراءات عالية الخطورة والتى تتطلب موافقة مبينة مثل الجراحة تحت التخدير الموضعي.

أدلة الامتثال

PFR.9.EC.1 توجد سياسة تحدد قائمة محدثة من العلاجات والإجراءات عالية الخطورة والتى تتطلب موافقة مبينة (الجراحة تحت التخدير الموضعي).	مراجعة وثائق

PFR.10 تشمل عملية الموافقة:

PFR.10.1 تقديم معلومات وافية للمريض عن المخاطر والفوائد والبدائل.
PFR.10.2 توقيع نموذج الموافقة قبل الشروع فى أي جراحة أو إجراء جائر تحت التخدير باستثناء حالات الطوارئ والإصابات.
PFR.10.3 الحصول على موافقة مكتوبة قبل التصوير الفوتوغرافي للمريض (خاصة الوجه).

أدلة الامتثال

PFR.10.EC.1 يتم الحصول على الموافقة المبينة وتوثيقها وفقاً لسياسة المركز: قبل أي جراحة أو إجراء جائر باستثناء حالات الطوارئ / الإصابات . يتم الحصول على الموافقة قبل التصوير الطبي.	مراجعة السجل الصحي

PFR.11 توقع الموافقة المبينة من قبل المريض أو من ينوب عنه / عنها كما هو محدد فى سياسة المركز مع وجود شاهد لجميع الإجراءات عالية الخطورة ويشمل ذلك:

PFR.11.1 التعريف الملائم وكتابة الاسم بوضوح عند قيام أحد أفراد عائلة المريض بالتوقيع نيابة عن المريض.

أدلة الامتثال

PFR.11.EC.1 يتم التوقيع على الموافقة المبينة من قبل المريض أو نائبه كما هو محدد فى سياسة المركز مع وجود شاهد لجميع الإجراءات عالية الخطورة مع كتابة الاسم بصورة مقروءة.	مراجعة السجل الصحي

PFR.12 يقوم الموظفون باحترام وحماية سرية المريض وخصوصيته طوال فترة تقديم الرعاية.

أدلة الامتثال

PFR.12.EC.1 يتم توفير الخصوصية للمرضى ويتم الحفاظ على سرية معلوماتهم في جميع أنحاء المركز.	ملاحظة

PFR.13 يوجد لدى المركز هيكل فعال للتعامل مع شكاوى المرضى ويشمل هذا مايلى:

PFR.13.1 توجد وحدة معينة أو شخص معين فى المركز (على سبيل المثال علاقات المرضى و الأخصائي الاجتماعي و قسم الجودة) مسؤول عن التعامل مع الشكوى.
PFR.13.2 توجد لجنة للإشراف على عملية شكاوى المرضى ونتائجها وتشمل عضوية اللجنة على الأقل طبيب

وممرض وعلاقات المرضى وإدارة الجودة.

PFR.13.3 يقوم الشخص المسؤول أو الوحدة المسؤولة عن شكاوى المرضى بتوجيه الشكاوى التى لها آثار غير طبية إلى رئيس القسم/الوحدة المعنية والذى سيحقق بدوره ويساعد فى حل المشكلة.

PFR.13.4 تقوم الوحدة أو الشخص المسؤول عن شكاوى المرضى بتوجيه الشكاوى التى لها آثار طبية إلى المدير الطبى لعمل المراجعة السريرية للحالة.

PFR.13.5 يقوم المدير الطبى بتوجيه جميع الشكاوى التى تم تحديدها كحالات وفاة و/ أو اعتلال عن طريق عملية المراجعة السريرية إلى لجنة الوفيات والاعتلال.

PFR.13.6 يحقق المركز فوراً وينهى الحالات الغير طبية فى موعد أقصاه أسبوع واحد من تلقي الشكوى ويعطي جواباً للمشتكي.

PFR.13.7 يحقق المركز فوراً وينهى الحالات الطبية فى موعد أقصاه شهر واحد من تلقى الشكوى ويعطي جواباً للمشتكي.

PFR.13.8 تتلقى اللجنة المشرفة على شكاوى المرضى تقريراً موجزاً سرياً عن حالات الشكوى التى تم مراجعتها من قبل رئيس لجنة الوفيات والاعتلال مع نسخ لمدير المركز والمدير الطبي ولجنة إدارة الجودة.

PFR.13.9 يتلقى رئيس اللجنة المشرفة على شكاوى المرضى ملخصات ربع سنوية مجمعة تشمل التحليل وتحديد الاتجاه من الوحدة أو الشخص المسؤول عن التعامل مع الشكاوى وذلك لمناقشتها فى اجتماعات اللجنة.

PFR.13.10 يقوم رئيس اللجنة المشرفة على شكاوى المرضى بتوجيه التقارير الموجهة المتعلقة بشكاوى المرضى إلى رؤساء الأقسام حسب الحاجة ويتلقى أجوبة كتابية منهم.

PFR.13.11 يقوم رئيس اللجنة المشرفة على شكاوى المرضى بتوجيه نسخ من المحاضر إلى مدير المركز والمدير الطبي ومنسق إدارة الجودة.

PFR.13.12 يقوم إداريي المركز بعمل تحسين الجودة ووضع الأهداف الإستراتيجية بشكل شهري، ربع سنوي، وسنوي بناءً على معلومات التقارير الموجهة.

أدلة الامتثال

PFR.13.EC.1 يوجد وحدة معينة أو شخص مسؤول عن التعامل مع الشكاوى فى المركز.	مقابلة إدارة المركز
PFR.13.EC.2 توجد لجنة للإشراف على عملية شكاوى المرضى والنتائج (شروط المرجعية).	مراجعة وثائق
PFR.13.EC.3 توجد سياسة لتوجيه عملية التعامل مع شكاوى المرضى.	مراجعة وثائق
PFR.13.EC.4 توجد تقارير تحدد الاتجاه متعلقة بشكاوى المرضى.	مراجعة وثائق

PFR.14 يوجد لدى المركز نظام يشمل سياسة ونماذج وعملية لإجراء استبيانات رضى المرضى المستمرة وعمل التحسينات بناءً على نتائج الاستبيان.

أدلة الامتثال

PFR.14.EC.1 توجد سياسة ونموذج لعمل استبيانات رضى المرضى المستمرة.	مراجعة وثائق
PFR.14.EC.2 توجد تقارير رضى المرضى تدل على اتخاذ أي فعل تحسيني بناءً على نتائج الاستبيان المتجهة.	ملاحظة

PFR.15 يضع المركز وينفذ سياسة إدارية لحماية ممتلكات المرضى والتى تشمل دون أن تقتصر على:

PFR.15.1 الموقع حيث يتم الإحتفاظ بممتلكات المرضى.

PFR.15.2 من هو المسؤول عن الحصول على التوقيعات المطلوبة على النموذج عند إستلام وتسليم ممتلكات المرضى.

PFR.15.3 كيف يتم التعامل مع ممتلكات المرضى الضعفاء (فاقد الوعى، مشوش الذهن ، والمسنين والأطفال وحالات الإصابات).

أدلة الامتثال

PFR.15.EC.1 توجد سياسة لحماية ممتلكات المرضى تشمل PFR.15.1 إلى PFR.15.3. مراجعة وثائق
PFR.15.EC.2 يتم تنفيذ سياسة ممتلكات المرضى (الموقع ، السلامة ، والتعامل مع ممتلكات مرضى الإصابات والمرضى الضعفاء). ملاحظة

PFR.16 يقوم الأطباء والممرضات بإشراك المريض /نائبه /العائلة ، حسب الاقتضاء ، لمساعدة المريض فى اتخاذ قرارات مبينة بشأن العلاج المقدم من خلال منحهم معلومات صادقة ودقيقة فيما يخص:

PFR.16.1 مرضهم.
PFR.16.2 العلاج المقترح.
PFR.16.3 الفوائد المحتملة.
PFR.16.4 المضاعفات المحتملة
PFR.16.5 إحتمالات نجاح العلاج.
PFR.16.6 إسم الطبيب المعالج وأسماء الإستشاريين المشاركين فى رعايتهم.
PFR.16.7 تغيير أو نقل رعاية المريض من طبيب إلى آخر.

أدلة الامتثال

PFR.16.EC.1 يتم إشراك المريض أو نائبه فى إتخاذ القرارات ويتم توثيق هذا فى الملف الصحى(نموذج الموافقة موقع). مراجعة السجل الصحي

PFR.17 توجد سياسة للتعامل مع المريض الذى يرفض أو يرغب فى وقف العلاج و:

PFR.17.1 للمريض الحق فى رفض العلاج المقدم.
PFR.17.2 يتم إيضاح عواقب رفض العلاج للمريض.
PFR.17.3 يتم إخبار المريض عن الرعاية المتاحة وبدائل العلاج.
PFR.17.4 يتم إشراك أفراد العائلة ، عند الاقتضاء ، فى العملية.
PFR.17.5 يتم احترام رغبات المريض والعائلة.
PFR.17.6 يتم توثيق المناقشة أعلاه فى الملف الصحى.

أدلة الامتثال

PFR.17.EC.1 توجد سياسة للتعامل مع المريض الذى يرفض أو يرغب فى وقف العلاج (حق المريض فى رفض العلاج ، عواقب الرفض ، احترام رغبات المريض / أفراد العائلة). مراجعة وثائق
PFR.17.EC.2 يتم توثيق المناقشة فى الملف الصحي. مراجعة السجل الصحي

PFR.18 يهتم المركز بالمرضى الذين يعانون من الألم:

PFR.18.1 تقييم المرضى أثناء الزيارات.
PFR.18.2 سرعة تخفيف الألم الذى يعانى منه المريض.
PFR.18.3 تقييم مدى إستجابة المريض لأدوية الألم المعطاه.
PFR.18.4 التعامل مع الآثار الجانبية الناتجة عن أدوية الألم .
PFR.18.5 تقديم المشورة حول كيفية التعامل مع الألم المزمن.
PFR.18.6 إحالة المريض إلى مكان آخر للرعاية الصحية عند الإقتضاء.

PFR.18.7 تثقيف المريض حول الألم الذى يشعر به وكيفية تخفيفه.

أدلة الامتثال

PFR.18.EC.1 توجد سياسة للتعامل مع الألم. — مراجعة وثائق

PFR.18.EC.2 يتم توثيق تثقيف المرضى حول التعامل مع الألم المزمن وتحويل المريض إلى مكان آخر للرعاية الصحية. — مراجعة السجل الصحي

PFR.19 يضع أو يعتمد إداريي المركز معايير أخلاقية فى التعامل مع المرضى والمسؤولين عنهم ومقدمي الرعاية لهم.

PFR.19.1 إصدار فواتير دقيقة للخدمات مع توفر قائمة الأسعار للمرضى والمسؤولين عنهم.

PFR.19.2 وصف الخدمات للمرضى بصدق.

PFR.19.3 التسويق بطريقة أخلاقية.

PFR.19.4 ضمان أن لايتأثر تقديم الرعاية بعدم قدرة المريض على الدفع.

أدلة الامتثال

PFR.19.EC.1 يوجد لدى المركز مدونة لقواعد الأخلاق تشمل النقاط PFR.19.1 إلى PFR.19.4. — مراجعة وثائق

PFR.20 يضع إداريي المركز مجموعة من القيم ومدونة لقواعد السلوك المهني لجميع الموظفين والتى تصف توقعات المركز من الموظفين بشأن سلوكهم والتواصل مع بعضهم البعض ومع مرضاهم.

أدلة الامتثال

PFR.20.EC.1 توجد مجموعة من القيم ومدونة مكتوبة لقواعد السلوك المهني. — مراجعة وثائق

PFR.21 يوجد لدى المركز آلية محددة لإبلاغ المرضى ، عندما يكون ذلك ملائماً ، عائلاتهم عن نتائج الرعاية بما في ذلك الأحداث الطبية العكسية الهامة والنتائج السلبية الغير متوقعة.

أدلة الامتثال

PFR.21.EC.1 يتم إبلاغ المرضى عندما يحدث لهم الأحداث الطبية العكسية الهامة. — مقابلة

PFR.22 يقوم المركز بتبليغ الموظفين وتثقيف المرضى وعائلاتهم بشأن الخيارات والإجراءات للتبرع بالأعضاء ويشمل هذا:

PFR.22.1 تزويد العائلة بجميع المعلومات اللازمة عن التبرع.

أدلة الامتثال

PFR.22.EC.1 تشجيع التبرع بالأعضاء بالتعاون مع المركز السعودي للتبرع بالأعضاء. — مقابلة

PFR.22.EC.2 توجد مطويات مكتوبة عن التبرع بالأعضاء. — مراجعة وثائق

PFR.23 يوجد لدى المركز لجنة أو فريق أبحاث يقوم بأخذ القرار بشأن أي بحث أو إجراء جديد أوأدوية جديدة تتضمن التعامل مع المرضى للتأكد من أن البحث مناسب وآمن من خلال الإجراءات التالية:

PFR.23.1 يجتمع الفريق لمناقشة وتقييم الأدلة العلمية للبحث الجديد.

PFR.23.2 يدرس الفريق الفوائد والمخاطر المحتملة للدواء الجديد أو المعدات أو الإجراءات الجديدة على المريض.

PFR.23.3 يوجد لدى الفريق آلية لشرح الفوائد والمخاطر المتعلقة ببروتوكول البحث وتوقيع المريض على الموافقة الخاصة بالبحث إذا رغب في المشاركة.

PFR.23.4 يتم إحترام رغبات المريض.

أدلة الامتثال

PFR.23.EC.1 توجد شروط مرجعية للجنة الأبحاث.	مراجعة وثائق
PFR.23.EC.2 محاضر اجتماعات لجنة الأبحاث تعكس مناقشة اللجنة وتقييمها للأدلة العلمية للأبحاث الجديدة والفوائد والمخاطر المحتملة لأي بحث وتوضيح الفوائد والمخاطر المترتبة على مشاركة المريض والموافقة المبينة.	مراجعة وثائق
PFR.23.EC.3 يتم تنفيذ عملية أخذ الموافقة المبينة من المرضى المشتركين فى البحث (نموذج موافقة المريض مصمم بحيث يشرح بروتوكول البحث).	مقابلة

PFR.24 يتم إبلاغ المرضى عن مسؤولياتهم في مايلى:

PFR.24.1 سياسات وإجراءات المركز(مثل حقوق المرضى ومسؤولياتهم وساعات العمل وسياسة التدخين واستخدام الأجهزة الكهربائية وسلامة ممتلكاتهم ...إلخ) يتم تبليغهم بها عن طريق كتيب معلومات المريض أو أدوات أخرى مناسبة.

PFR.24.2 خطة الرعاية المقدمة لهم (يفضل عن طريق نموذج/ مطوية لتثقيف المرضى).

أدلة الامتثال

PFR.24.EC.1 يتم إبلاغ المرضى عن حقوق المرضى ومسؤولياتهم وسياسة منع التدخين وساعات العمل بالمركز بشكل مناسب.	ملاحظة

PFR.25 يعتمد المركز نظاماً لتوفير الرعاية الطبية الطارئة فى غرفة الطوارئ لجميع الحالات التى تهدد الحياة.

أدلة الامتثال

PFR.25.EC.1 توجد سياسة لتقديم الرعاية الطارئة لجميع الحالات التى تهدد الحياة.	مراجعة وثائق
PFR.25.EC.2 يتم تقديم الخدمة للحالات التى تهدد الحياة بغض النظر عن قدرة المريض على الدفع.	مقابلة إداريي المركز

العيادات العامة (GC)

مقدمة

يتطلب توفير الرعاية المثلى التنسيق والتخطيط الدقيق والتواصل. ويجب أن يوفر مركز الرعاية الصحية الأولية التقييم المناسب والشامل لكل مريض ، ولضمان أفضل النتائج الممكنة للمريض يجب أن يتم التخطيط لرعاية المريض وتنفيذ الخطة. ولدعم استمرارية الرعاية يجب أن يتم توثيق رعاية وتقييم المريض فى السجل الصحي الكامل للمريض.

يتناول هذا الفصل عدد من العمليات والأنشطة الهامة تشمل مايلى:

- موظفو العيادات العامة
- نظام المواعيد
- نطاق ومضمون تقييم / إعادة تقييم المريض
- التقييم / إعادة التقييم الطبي
- التقييم / إعادة التقييم التمريضي
- خطة الرعاية
- الخدمات الاجتماعية
- تثقيف المرضى وعائلاتهم

المعايير:

GC.1 يوجد لدى المركز دليل للعيادات العامة والذى:

GC.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
GC.1.2 يحدد نطاق الخدمات.
GC.1.3 يشمل السياسات والإجراءات.
GC.1.4 يشمل النماذج والسجلات المطلوبة.
GC.1.5 يشمل نظام لمتابعة المرضى.
GC.1.6 يحدد أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
GC.1.7 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

GC.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث للعيادات العامة يشمل GC.1.2 إلى GC.1.6.	مراجعة وثائق
GC.1.EC.2 دليل العيادات متاح ومعروف لجميع الموظفين.	ملاحظة
GC.1.EC.3 يوجد دليل على استخدام مؤشرات الأداء (تقاريرمجمعة وبها تحليل للبيانات ويتم مناقشتها في محاضر اجتماعات إدارة المركز).	مراجعة وثائق

GC.2 يتم تقديم نفس مستوى الرعاية للمرضى عند تقديم خدمات رعاية متشابهة ويكون ذلك تبعاً للقوانين واللوائح المعمول بها.

أدلة الامتثال

GC.2.EC.1 يتم تقديم رعاية مماثلة للمرضى في جميع الأماكن في جميع أنحاء المنشأة.	مقابلة

GC.3 رعاية المرضى تأخذ في الاعتبار النواحي الروحية والثقافية للسكان كما تحترم الأشياء المفضلة لديهم.

GC.3.1 يوفر المركز التدريب للموظفين على المعتقدات الثقافية والقيم واحتياجات القطاعات المختلفة من السكان.
GC.3.2 يوفر المركز مرافق منفصلة للنساء ، حيثما كان ذلك مناسباً.
GC.3.3 يوجد لدى المركز آلية لتوفير الرعاية أو المشورة الروحية التي تلبي احتياجات القطاعات المختلفة من السكان.

أدلة الامتثال

GC.3.EC.1 يوفر المركز التدريب على المعتقدات الثقافية والقيم واحتياجات القطاعات المختلفة من السكان.	مقابلة
GC.3.EC.2 يتم توفير مرافق منفصلة للنساء.	ملاحظة

GC.4 يستطيع المرضى الوصول إلى الخدمات بناءً على إحتياجاتهم الصحية والخدمات المتاحة.

GC.4.1 توجد عملية موحدة لفرز وتقييم المرضى لضمان أن الخدمات المطلوبة متاحة ومناسبة لاحتياجات المرضى.
GC.4.2 يوجد نظام موحد للتسجيل وإعطاء المواعيد للمرضى.
GC.4.3 يتم قبول المرضى فقط إذا كانت المنظمة قادرة على تلبية احتياجات الرعاية الصحية الخاصة بهم.
GC.4.4 توجد آلية للتعامل مع المرضى عند عدم توفر الموارد.

أدلة الامتثال

GC.4.EC.1 توجد عملية مطبقة لفرز وتقييم المرضى.	مراجعة السجل الصحي
GC.4.EC.2 يوجد نظام فعال للتسجيل والمواعيد.	ملاحظة
GC.4.EC.3 يوجد دليل على قبول المرضى فقط عند إمكانية تلبية احتياجاتهم.	مقابلة
GC.4.EC.4 توجد آلية للتعامل المناسب مع المرضى عند عدم توفر الموارد.	مقابلة

GC.5 يقوم المركز بتحديد وتقليل العوائق المادية واللغوية والثقافية وغيرها من العوائق والتي تمنع المرضى من الحصول على الخدمات.

GC.5.1 يقوم المركز بعمل آلية تضمن الاتصال الفعال بين العاملين و المرضى من ذوي احتياجات التواصل (مثل لغة الاشارة لمرضى الاعاقة السمعية و خدمات الترجمة للمرضى غير الناطقين بالعربية و الخدمات المساعدة لمرضى الاعاقة البصرية).

أدلة الامتثال

GC.5.EC.1 يوجد دليل على قيام المركز بتحديد العوائق الشائعة التي تمنع المرضى من الحصول على الخدمات وقيامه بوضع آلية للحد من هذه العوائق.	مقابلة
GC.5.EC.2 توجد آلية لضمان الاتصال الفعال بين العاملين بالمركز و المرضى ذوي الاحتياجات الخاصة.	

GC.6 يوجد فى العيادات العامة جميع المعدات والموارد اللازمة.

أدلة الامتثال

GC.6.EC.1 يوجد لدى العيادات العامة المعدات والموارد اللازمة ومتاحة لتقديم الرعاية.	ملاحظة

GC.7 توجد لدى العيادات غرفة ملاحظة مجهزة.

أدلة الامتثال

GC.7.EC.1 توجد غرفة ملاحظة مجهزة بالعيادات العامة.	ملاحظة

GC.8 يوجد بالعيادات طاقم طبي وفني مؤهل يشمل ولايقتصر على:

GC.8.1 طبيب أسرة و/ أو ممارس عام مدرب على أساسيات طب الأسرة.

GC.8.2 ممرضة مسؤولة عن خدمات العيادات العامة تتعامل مع المسائل الإدارية والسريرية المتعلقة بالتمريض.

أدلة الامتثال

GC.8.EC.1 طاقم العيادات العامة مؤهل بشكل صحيح (طبيب أسرة و/ أو ممارس عام مدرب على أساسيات طب الأسرة ، وممرضة مسؤولة عن خدمات العيادات).	ملفات الموظفين

GC.9 يوجد مايكفى من الطاقم الطبي والتمريضي فى جميع الأوقات لتلبية احتياجات المرضى دون وجود تفاوت كبير فى تغطية العطلات أو عطلة نهاية الأسبوع.



أدلة الامتثال

GC.9.EC.1 توجد إرشادات / جدول زمني لخطة التوظيف لتغطية جميع الأوقات.	مراجعة وثائق

GC.10 تستخدم أدلة الممارسة السريرية و البروتوكولات لتوجيه الرعاية السريرية للمريض حسب رسالة المركز.

GC.10.1 أدلة الممارسة السريرية الموضوعة من قبل المركز مبنية على الدليل قدر الإمكان.
GC.10.2 يتم مراجعة أدلة الممارسة السريرية على الأقل كل سنتين أو عند الحاجة.
GC.10.3 يقوم الموظفون باتباع أدلة الممارسة السريرية.

أدلة الامتثال

GC.10.EC.1 يوجد أدلة ممارسة سريرية مبنية على الدليل.	مراجعة وثائق
GC.10.EC.2 تتم مراجعة أدلة الممارسة السريرية على الأقل كل سنتين أو عند الحاجة.	مراجعة وثائق
GC.10.EC.3 يتبع الطاقم الطبى أدلة الممارسة السريرية.	مراجعة السجل الصحي

GC.11 يحدد المركز احتياجات الرعاية الصحية لمرضاه من خلال آلية موضوعة للتقييم / إعادة التقييم. يقوم المركز بتحديد ما يلي في سياسة وإجراء:

GC.11.1 من هو مقدم الرعاية الصحية المسؤول عن فحص وتقييم المرضى بناءً على الترخيص واللوائح والقوانين.
GC.11.2 نطاق ومحتوى التقييم في كل تخصص.
GC.11.3 نطاق ومحتوى التقييم في مختلف مرافق الرعاية.
GC.11.4 الإطار الزمني لإكمال التقييم في كل تخصص.
GC.11.5 تكرار إعادة تقييم المرضى.

أدلة الامتثال

GC.11.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لتحديد نطاق ومحتوى التقييم / إعادة التقييم في كل تخصص والإطار الزمني لإكمال عملية التقييم / إعادة التقييم.	مراجعة وثائق
GC.11.EC.2 يوجد دليل على وجود تقييم كامل موثق للمرضى.	مراجعة السجل الصحي

GC.12 يتم فحص كل مريض لاكتشاف الألم و الحالة الغذائية والحالة الوظيفية وخطر السقوط والاحتياجات النفسية والاجتماعية والتعرض لسوء المعاملة.

GC.12.1 يتم إحالة المرضى إلى الجهة المناسبة للتقييم والعلاج عند الحاجة.

أدلة الامتثال

GC.12.EC.1 يوجد دليل على الفحص الكامل الموثق للمريض لاكتشاف حالة التغذية والاحتياجات النفسية والاجتماعية وخطر السقوط والتعرض لسوء المعاملة والألم من حيث تكرره ومكانه ونوع الألم الذي يشعر به المريض (على سبيل المثال ألم حاد أو غير محدد).	مراجعة السجل الصحي
GC.12.EC.2 يوجد دليل لإحالة موثقة لتقييم وعلاج المريض عند الحاجة.	مراجعة السجل الصحي

GC.13 يتم ملاحظة وتوثيق حساسية المريض أو ردود الفعل العكسية السابقة للمريض بشكل بارز ومستمر في مكان محدد من سجل المريض.

أدلة الامتثال

GC.13.EC.1	يوجد دليل على توثيق حساسية المريض و/أو ردود الفعل العكسية في السجل الصحي	مراجعة السجل الصحي

GC.14 يتم عمل تقييم وخطة رعاية تمريضية وتسجيلها فى السجل الصحي.

أدلة الامتثال

GC.14.EC.1	توجد سياسة وإجراء مكتوب لتقييم المرضى المسجلين عن طريق التمريض (تاريخ المريض، والحساسية للدواء وحالة المريض والحالة النفسية والاجتماعية وتقييم الألم وحالة التغذية).	مراجعة وثائق
GC.14.EC.2	يوجد دليل على تطبيق سياسة تقييم التمريض.	مراجعة السجل الصحي

GC.15 يقوم الطبيب المعالج بأخذ تاريخ شامل وعمل فحص بدني شامل فى الزيارة الأولى للمريض.

أدلة الامتثال

GC.15.EC.1	يوجد فحص بدني شامل وتاريخ شامل موثق يقوم به الطبيب المعالج في الزيارة الأولى للمريض.	مراجعة السجل الصحي

GC.16 يتم توثيق التاريخ والفحص البدني مع التشخيص الأولي أو النهائي فى السجل الصحي بما فى ذلك قائمة المشاكل.

أدلة الامتثال

GC.16.EC.1	يوجد دليل على توثيق التاريخ والفحص البدني وقائمة المشاكل فى السجل الصحي.	مراجعة السجل الصحي

GC.17 يتم عمل الفحوصات التشخيصية اللازمة (المخبرية والأشعة) فى الوقت المحدد لتحديد التشخيص.

أدلة الامتثال

GC.17.EC.1	يتم توثيق الفحوصات المخبرية ونتائج الإجراءات الإشعاعية فى السجل الصحي حسب الاقتضاء.	مراجعة السجل الصحي

GC.18 يتم إعادة تقييم جميع المرضى على فترات مناسبة لتحديد:

GC.18.1 الإستجابة للعلاج.
GC.18.2 الامتثال للعلاج.
GC.18.3 المضاعفات والآثار الجانبية.
GC.18.4 الخطة لإستمرار أو إستكمال العلاج.

أدلة الامتثال

GC.18.EC.1	يوجد دليل على إعادة تقييم الاستجابة والامتثال للعلاج والمضاعفات والآثار الجانبية والخطة.	مراجعة السجل الصحي



GC.19 يتم وضع خطة للرعاية لتلبية احتياجات كل مريض.

GC.19.1 يتم وضع خطة الرعاية من قبل الطبيب المعالج والممرض والتخصصات الأخرى المشاركة في الرعاية.
GC.19.2 تكون خطة الرعاية مبنية على البيانات الناتجة من التقييم وإعادة التقييم.
GC.19.3 تشمل خطة الرعاية أهداف قابلة للقياس (النتائج المرجوة) ويتم توثيقها في سجل المريض.
GC.19.4 يتم مراجعة خطة الرعاية في كل زيارة وعند حدوث أي تغيرات مهمة في حالة المريض وعند وقف أو إضافة أي علاجات جديدة.
GC.19.5 يتم تقديم الرعاية أو العلاج وفقاً للخطة.
GC.19.6 يتم توثيق الرعاية المقدمة لكل مريض في سجل المريض.

أدلة الامتثال

GC.19.EC.1 يتم توثيق خطة للرعاية في السجل الصحي للمريض.	مراجعة السجل الصحي
GC.19.EC.2 يوجد دليل على مراجعة خطة الرعاية في الزيارات اللاحقة.	مراجعة السجل الصحي

GC.20 عندما التخطيط للقيام بأي إجراء:

GC.20.1 يتم شرح الإجراءات للمريض.
GC.20.2 يتم أخذ الموافقة المبينة.
GC.20.3 يتم إعطاء توجيهات متابعة واضحة.
GC.20.4 يتم إعطاء موعد للمتابعة.

أدلة الامتثال

GC.20.EC.1 يوجد توثيق لتثقيف المريض بشأن إجراءات العيادات الخارجية.	مراجعة السجل الصحي
GC.20.EC.2 توجد موافقة موثقة لأى إجراء فى العيادات الخارجية.	مراجعة السجل الصحي
GC.20.EC.3 يوجد توثيق لموعد وتوجيهات المتابعة بعد القيام بالإجراءات فى العيادة الخارجية.	مراجعة السجل الصحي

GC.21 إذا كان سيتم استخدام أي مخدر موضعي ، يقوم الأطباء بتوثيق:

GC.21.1 جرعة التخدير الموضعي التي ستستخدم.
GC.21.2 نوع التخدير الموضعي ومدى ملائمته لحالة المريض.

أدلة الامتثال

GC.21.EC.1 يوجد توثيق للتخدير المستخدم (النوع والجرعة والملائمة).	مراجعة السجل الصحي

GC.22 يتم توفير الخدمات الاجتماعية للمرضى عند الحاجة بواسطة فرد (أفراد) من ذوي الخبرة والمؤهلين ويشمل ذلك:

GC.22.1 تقييم الاحتياجات النفسية والروحية والاجتماعية للمريض حتى يمكنه / يمكنها مساعدة الطبيب لوضع خطة لرعاية المريض.
GC.22.2 تثقيف المريض وتحويله للمنظمات المتاحة التي يمكنها تقديم المساعدة للمريض.
GC.22.3 تقييم ومساعدة الحالة / الوضع المالي للمريض.
GC.22.4 تقييم وضع منزل المريض وعدم امتثال / التزام المريض بالعلاج.

GC.22.5 تقييم إعاقة المريض والحد من تأثيرها.
GC.22.6 تقييم ديانة المريض واحتياجاته الروحية.

أدلة الامتثال

GC.22.EC.1 يتم تحديد إحتياجات المريض النفسية والإجتماعية والروحية بالتعاون مع الأطباء والممرضات.	مراجعة السجل الصحي
GC.22.EC.2 يوجد تثقيف مناسب للمريض بالمساعدات المتاحة عن طريق المنظمات المختلفة.	مراجعة السجل الصحي
GC.22.EC.3 يقوم الأخصائي الاجتماعي بتقييم ومساعدة الاحتياجات المالية للمريض.	مراجعة السجل الصحي
GC.22.EC.4 يقيم الأخصائي الاجتماعي وضع منزل المريض وعدم الامتثال / الالتزام بالعلاج.	مراجعة السجل الصحي
GC.22.EC.5 يقيم الأخصائي الاجتماعي إعاقة المريض ويعمل على الحد من تأثيرها.	مراجعة السجل الصحي
GC.22.EC.6 يقيم الأخصائي الإجتماعي ديانة المريض وإحتياجاته الروحية.	مراجعة السجل الصحي

GC.23 يقوم الطبيب بتعليم وتثقيف المرضى حول:

GC.23.1 طبيعة مرضه / مرضها.
GC.23.2 التشخيص.
GC.23.3 خطة العلاج.
GC.23.4 الأدوية المستخدمة وآثارها الجانبية والإستجابة للعلاج.

أدلة الامتثال

GC.23.EC.1 يقوم الطبيب بتثقيف المريض حول النقاط من GC.23.1 إلى GC.23.4.	مراجعة السجل الصحي

GC.24 يتم تقييم الاحتياجات التعليمية لكل مريض وتوثيقها فى سجله الصحي عن طريق:

GC.24.1 تقييم من الذى سيقدم الرعاية فى المنزل (مقدم الرعاية أو المريض).
GC.24.2 تقييم الإحتياجات التعليمية.
GC.24.3 تقييم مهارات القراءة والكتابة.
GC.24.4 تقييم قدرة المريض / مقدم الرعاية واستعداده للتعلم.
GC.24.5 تزويد المريض/ مقدم الرعاية بالمواد التعليمية التى تلبي مهارات التعلم لديه (مكتوبة أو لفظية أو صور أو عروض ، إلخ)
GC.24.6 تقييم مدى فهم التثقيف المقدم عن طريق الملاحظة والتغذية الراجعة (لفظية/ إعادة التطبيق) من المريض/ مقدم الرعاية.
GC.24.7 توثيق التقييم فى السجل الصحي.

أدلة الامتثال

GC.24.EC.1 يوجد تقييم شامل وموثق لاحتياجات المريض التعليمية يشمل النقاط من GC.24.1 إلى GC.24.6.	مراجعة السجل الصحي

GC.25 يتم إعطاء المريض و/أو عائلته المعلومات اللازمة والتثقيف التالي من قبل المتخصصين فى الرعاية الصحية ، حسب الاقتضاء:

GC.25.1 إعطاء المريض المعلومات المناسبة حول مرضه / مرضها والمضاعفات التى قد تحدث.

GC.25.2 تعليم المريض ممارسات مكافحة العدوى وخصوصاً الطريقة الأساسية لغسل اليدين.
GC.25.3 توضيح العلاجات والإجراءات اللازمة وتزويد المريض بالكتيبات أو المخططات إذا كانت متوفرة.
GC.25.4 التوضيح وتعليم المريض الاستخدام الملائم للمعدات أو الأجهزة الطبية (على سبيل المثال جهاز استنشاق الفنتولين) مع إعادة التطبيق من قبل المريض.
GC.25.5 أي إجراء جراحي لازم وفوائده والمخاطرالمحتمله منه.
GC.25.6 الأدوية المستخدمة لعلاج المريض وعدد مرات أخذ الدواء والآثار الجانبية والاحتياطات.
GC.25.7 إجراءات الأشعة السينية وفوائدها ومخاطرها المحتملة.
GC.25.8 أي قيود على الغذاء وسبب وأهمية هذه القيود.
GC.25.9 شرح الظروف التى يحتاج فيها المريض إلى طلب المساعدة الطبية.
GC.25.10 التأكد من أن المريض لديه موعد لمتابعة العيادة.

أدلة الامتثال

GC.25.EC.1 يوجد دليل على التثقيف الشامل للمرضى وعائلاتهم من قبل مقدمي الرعاية (يتم إعطاء معلومات مناسبة عن النقاط من GC.25.1 إلى GC.25.10). — مقابلة
GC.25.EC.2 يتم توثيق تثقيف المرضى/عائلاتهم فى السجل الصحي. — مراجعة السجل الصحي

GC.26 يتم توثيق جميع الأنشطة التعليمية المقدمة من موظفي المركز للمريض فى السجل الصحي بما فى ذلك استجابة المريض.

أدلة الامتثال

GC.26.EC.1 يوجد دليل لتوثيق إستجابة المريض لعملية التثقيف. — مراجعة السجل الصحي

GC.27 توجد إرشادات لموظفي المركز (الأطباء ، والتمريض وأخصائيين التغذية ، إلخ) عن كيفية تثقيف المريض/ العائلة ويشمل هذا ولايقتصرعلى:

GC.27.1 كيفية تثقيف المريض بلغة سهلة بحيث يتمكن المريض / العائلة من الفهم.
GC.27.2 كيفية توفير الوقت الكافي للسماح للمريض بفهم المعلومات التى أعطيت له.
GC.27.3 كيفية توفير الوقت الكافي للتفاعل مع المريض / العائلة.
GC.27.4 كيفية استخدام النشرات والمخططات والنماذج للممارسة عليها أو غيرها من أساليب التعليم.
GC.27.5 كيفية الحصول على التغذية الراجعة (بالتكرار أو إعادة التطبيق) من المريض/ العائلة لضمان الفهم.

أدلة الامتثال

GC.27.EC.1 توجد إرشادات شاملة للمثقفين الصحيين (أطباء وتمريض وأخصائيي التغذية) على النقاط فيGC.27.1 إلى GC.27.5. — مراجعة وثائق

GC.28 يتلقى كل مريض/ عائلة التثقيف لمساعدته على إعطاء الموافقة المبينة والمشاركة فى عمليات الرعاية وفهم الآثار المالية المترتبة على اختيارات الرعاية.

أدلة الامتثال

GC.28.EC.1 يوجد مشاركة للمريض / العائلة فى الرعاية المقدمة له (الموافقة المبينة ، اختيارات الرعاية والآثار المالية المترتبة على اختيارات الرعاية). — مراجعة السجل الصحي

GC.29 يحدد المركز احتياجات مرضاه عند نهاية تقديم الخدمة العلاجية و يدعم استمرارية و امتداد الرعاية الصحية.

أدلة الامتثال

GC.29.EC.1 يوجد دليل على تحديد المركز لاحتياجات المرضى بعد تقديم الخدمه العلاجية و مراجعة السجل الصحي دعمة لإمتداد الرعاية الصحية.

الإحالة (RF)

مقدمة

ربما يحتاج مركز الرعاية الصحية الأولية إلى إحالة المرضى إلى الجهات الأخرى عندما تتعدى احتياجاتهم نطاق خدمات المركز. ولضمان استمرارية الرعاية يجب على المركز أن ينشئ نظاماً محدداً للإحالات.

ينبغي للمركز تحديد المرافق التى ربما يحال إليها المرضى حسب نوع الخدمة. وينبغي أن تحدد الظروف التى تستدعي الإحالة فى بروتوكولات أوتوجيهات للممارسة. ويتعين على إدارة المركز أن يكون لديهم اتفاقات مع المرافق التى يمكن أن يحال إليها المرضى. وينبغي أن تكون جميع المعلومات المتعلقة بنظام الإحالة متاحة للموظفين المعنيين.

ولضمان توفير الرعاية الفعّالة والمثلى والمستمرة للمرضى بين مختلف المرافق ومقدمي الخدمة ينبغي توفر نظام إبلاغ مزدوج محدد جيداً بين المركز ومرافق الإحالة. ويشمل هذا إيصال جميع التفاصيل السريرية ذات الصلة إلى المرفق المستقبل لإفادة الفريق المستقبل للمريض. ويجب أن تكون السجلات والنماذج الخاصة بعمليات الإحالة مكتملة بشكل صحيح ويتم المحافظة عليها.

ويحدد هذا الفصل متطلبات المجالات التالية:

- السياسات والإجراءات
- الترتيبات مع مرافق الإحالة
- معرفة الموظفين
- الوثائق والنماذج والسجلات
- متابعة المرضى المحولين
- قياس وتحسين الأداء

المعايير

RF.1 **يوجد نظام للإحالة إلى مقدمي الخدمات الملائمين عندما تكون احتياجات المريض التي تم تقييمها تتطلب رعاية خارج نطاق خدمات المركز. ينبغي للنظام أن يضمن استمرارية الرعاية فى الوقت المناسب ويشمل ذلك التالي:**

RF.1.1 سياسات وإجراءات لتوجيه الإحالات.
RF.1.2 أدوار ومسؤوليات الموظفين.
RF.1.3 النماذج المعتمدة والسجلات اللازمة للإحالة .
RF.1.4 سياسات وإجراءات لتلقي نتائج الإحالات وتوثيقها فى سجل المريض.

أدلة الامتثال

RF.1.EC.1 يوجد دليل لنظام الإحالة يشمل RF.1.1 إلى RF.1.4.	مراجعة وثائق
RF.1.EC.2 يوجد وصف وظيفي للموظفين المعينين لنظام الإحالة.	ملفات الموظفين

RF.2 **يوجد لدى المركز ترتيبات رسمية أو غير رسمية مع المنشآت الأخرى لقبول إحالة المرضى:**

RF.2.1 توجد قائمة بمرافق الإحالة تتضمن نوعية الخدمات.
RF.2.2 توجد عملية تواصل فعالة لتنسيق الإحالات مع مرافق الإحالة.

أدلة الامتثال

RF.2.EC.1 توجد سياسة مكتوبة وإجراء لنقل المريض للمنشآت الأخرى عندما تكون الرعاية المطلوبة خارج نطاق الخدمات المقدمة.	مراجعة وثائق
RF.2.EC.2 توجد عملية تواصل للنقل بين المركز الناقل والمستقبل.	مراجعة السجل الصحي
RF.2.EC.3 يحتفظ المركز بقائمة محدثة لمرافق الإحالة.	مقابلة

RF.3 **المعدات اللازمة للإحالة متوفرة.**

أدلة الامتثال

RF.3.EC.1 جميع المعدات اللازمة للإحالة متوفرة مثل الهواتف والفاكسات.	ملاحظة

RF.4 **يتم تعبئة جميع السجلات والنماذج لنظام الإحالة بشكل صحيح.**

أدلة الامتثال

RF.4.EC.1 يوجد دليل على تعبئة جميع السجلات والنماذج للمرضى المحالين.	مراجعة السجل الصحي
RF.4.EC.2 جميع حالات الإحالة يتم تسجيلها فى سجلات الإحالة.	مراجعة وثائق

RF.5 **يتم تطبيق عملية الحصول على النتائج من مرفق الإحالة ويشمل ذلك متابعة المرضى المحالين.**

أدلة الامتثال

RF.5.EC.1 يوجد دليل على تلقي التغذية الراجعة من الإحالة ووضعها فى الملفات.	مراجعة السجل الصحي
RF.5.EC.2 يوجد دليل على متابعة التغذية الراجعة عند الطلب.	مراجعة وثائق

RF.6 يتم إحالة الحالات الطارئة للمرفق المناسب فى الوقت المناسب.

أدلة الامتثال

RF.6.EC.1 يوجد دليل على إحالة حالات الطوارئ للمرفق المناسب فى إطار زمنى مناسب. مراجعة السجل الصحي

RF.7 المنشآت المستقبلة للإحالة تستلم المعلومات اللازمة لتقديم الرعاية للمريض ويشمل ذلك ما يلي:

- RF.7.1 تشخيص المريض.
- RF.7.2 موجز مختصر للتدخلات.
- RF.7.3 قائمة الأدوية ووقت آخر جرعة (جرعات) تم إعطاؤها.
- RF.7.4 حالة المريض فى وقت النقل.
- RF.7.5 سبب النقل.
- RF.7.6 يتم إرسال نسخة من فحوصات المريض المخبرية والأشعة السينية مع المريض المحال لتجنب مزيد من التأخير فى العلاج .
- RF.7.7 التشخيص المحال إليه.
- RF.7.8 الموافقة على الإحالة.
- RF.7.9 وقت الإحالة.

أدلة الامتثال

RF.7.EC.1 يوجد نموذج معبأ للإحالة فى المركز يشمل RF.7.1 إلى RF.7.9. مراجعة السجل الصحي

RF.8 تتم عمليات النقل بسرعة وأمان خاصة فى الحالات الطارئة (مثل الإصابات وطوارئ القلب) ويضمن الطاقم الطبي تلبية احتياجات المريض عن طريق:

- RF.8.1 تعيين طبيب مؤهل أو مسعف (حسب الاقتضاء) لمرافقة المريض والتعامل مع أي طارئ قد يحدث أثناء النقل.
- RF.8.2 تعيين طبيب يحمل الشهادة الأساسية للإنعاش القلبي (ويفضل شهادة الإنعاش القلبي المتقدمة) لمرافقة جميع المرضى ذوي الحالات الحرجة أو المرضى الموضوعين على التنفس الصناعي.
- RF.8.3 توافر المعدات الكافية والمستلزمات على سيارة الإسعاف.
- RF.8.4 يتم مراقبة المريض باستمرارمن قبل شخص مؤهل خلال عملية النقل.

أدلة الامتثال

RF.8.EC.1 يقوم طبيب أو مسعف مؤهل بمرافقة المرضى ذوى الحالات الحرجة (يحمل شهادة الإنعاش القلبي الأساسية - ويفضل المتقدمة). مراجعة وثائق

RF.9 يحدد إداريي المركز مؤشرات لمراقبة مدى ملائمة وتوقيت الإحالات.

- RF.9.1 يتم إبلاغ نتائج الرصد للموظفين المعنيين وتستخدم هذه النتائج لتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

RF.9.EC.1 توجد مؤشرات مكتوبة لرصد مدى ملائمة وتوقيت الإحالة. مراجعة وثائق

RF.9.EC.2 يوجد دليل على إستخدام ورصد المؤشرات. مراجعة وثائق

مشاركة المجتمع (CP)

مقدمة

ينبغى للمركز تحديد وإقامة شراكة مع قادة المجتمع من أجل توفير خدمات مثلى وفعالة للمجتمع الذى يخدمه المركز. وينبغي للإدارة العمل جنباً إلى جنب مع ممثلي المجتمع لتقييم احتياجات المجتمع ، ويلزم هذه المجموعة التخطيط الجماعي، والتنفيذ، وتقييم الخدمات المقدمة لتلبية تلك الإحتياجات. وتهدف هذه الاستراتيجية إلى إستخدام الموارد المتاحة بكفاءة ونفع المجتمع ككل.

يحدد هذا الفصل معايير لمشاركة المجتمع:

- الهيكل المطلوب (اللجنة)
- تحديد ممثلي المجتمع
- تقييم احتياجات المجتمع
- منهج مخطط يشمل المركز والمجتمع

المعايير

CP.1 **يقوم إداريي المركز بدعم وتعزيز مشاركة المجتمع عن طريق تقييم احتياجات الرعاية الصحية للمجتمع والتخطيط لتلبية هذه الاحتياجات.**

أدلة الامتثال

CP.1.EC.1 يخطط إداريي المركز لتلبية احتياجات الرعاية الصحية للمجتمع. — مراجعة وثائق

CP.1.EC.2 يوجد دليل على دعم إداريي المركز لمشاركة المجتمع مثل المشاركة فى أنشطة المجتمع وحضور اجتماعات لجنة صحة المجتمع. — مقابلة إداريي المركز

CP.2 **يحدد إداريي المركز ممثلى المجتمع والموارد المتعلقة بنطاق خدمات المركز.**

أدلة الامتثال

CP.2.EC.1 توجد قائمة مكتوبة تشمل ممثلى المجتمع والموارد المتعلقة بنطاق خدمات المركز. — مراجعة وثائق

CP.3 **توجد لجنة (لجان) معينة لتنسيق مشاركة المجتمع.**

أدلة الامتثال

CP.3.EC.1 يوجد شروط مرجعية للجنة \ لجان مشاركة المجتمع. — مراجعة وثائق

CP.4 **تضم عضوية اللجنة ممثلين عن القطاعات ذات الصلة فى المجتمع فضلاً عن إداريي المركز الصحي.**

أدلة الامتثال

CP.4.EC.1 تعرف شروط مرجعية لجنة صحة المجتمع الممثلين عن القطاعات ذات الصلة إداريي المركز. — مراجعة وثائق

CP.5 **تجتمع اللجنة بانتظام فى اجتماعات رسمية لها محاضر لمناقشة جميع جوانب مشاركة المجتمع والخدمات المقدمة له.**

أدلة الامتثال

CP.5.EC.1 تجتمع اللجنة بانتظام. ومحاضر الاجتماعات تعكس مناقشة مشاركة المجتمع والخدمات المقدمة له. — مراجعة وثائق

CP.6 **ينبغى أن تشمل وظائف اللجنة دون أن تقتصر على التالى:**

CP.6.1 تحديد أولويات وإحتياجات صحة المجتمع.
CP.6.2 تقييم المشاكل الصحية والبيئية.
CP.6.3 تصميم وتنفيذ الخطط بشكل تعاونى.
CP.6.4 مراجعة وتقييم الخطط وتوصيات الإجتماعات من أجل التقدم.
CP.6.5 تسهيل مشاركة المجتمع فى إقامة حملات التحصين والمسوحات الصحية والدراسات الميدانية وتثقيف



المجتمع والأحداث الصحية الأخرى مثل أيام الصحة.

أدلة الامتثال

CP.6.EC.1 تعكس شروط مرجعية اللجنة الوظائف المتعلقة بها من CP.6.1 إلى CP.6.5.	مراجعة وثائق
CP.6.EC.2 يوجد دليل على مشاركة المجتمع فى إقامة الأحداث الصحية وتطوير وتنفيذ خطة المركز.	مراجعة وثائق

تعزيز الصحة والتوعية الصحية (HPE)

مقدمة

مركز الرعاية الصحية الأولية هو المسؤول عن ضمان توفير تعزيز الصحة والتوعية الصحية ليس فقط للمريض وعائلته ولكن أيضاً للمجتمع بأسره. وفى هذا الصدد، يتعين على الإدارة التعاون مع ممثلي المنظمات الحكومية وغير الحكومية. وينبغي لهذه الشراكة التركيز على التعرف على الاحتياجات اللازمة لتعزيز الصحة والتوعية الصحية، ووضع الخطط ذات الصلة. ويجب أن توجه هذه الخطط إلى الأولويات الصحية للمجتمع. جنباً إلى جنب مع مشاركة المجتمع ينبغي تحديث هذه الخطط بانتظام لتعكس الاحتياجات الراهنة.

ويضع هذا الفصل الخطوط العريضة لمشاركة العمليات والأنشطة التالية:

- مشاركة المجتمع
- خطة تعزيز الصحة والتوعية الصحية
- برامج تعزيز الصحة والتوعية الصحية ذات العلاقة
- كفاءة الموظفين
- قياس وتحسين الأداء

المعايير

HPE.1 تدعم إدارة المركز تطبيق مفاهيم تعزيز الصحة والتوعية الصحية.

أدلة الامتثال

HPE.1.EC.1 يوجد دليل على دعم القيادة للتوعية الصحية وتعزيز الصحة.	مقابلة إداريي المركز

HPE.2 يضع إداريي المركز خطط وبرامج تعزيز الصحة والتوعية الصحية بمساعدة المتخصصين ومشاركة فعالة من المجتمع.

أدلة الامتثال

HPE.2.EC.1 توجد خطط وبرامج مكتوبة لتعزيز الصحة والتوعية الصحية.	مراجعة وثائق

HPE.3 يوجد لدى المركز خطط مطبقة ومعتمدة لتعزيز الصحة والتوعية الصحية والتى:

HPE.3.1 تحدد الإحتياجات والأولويات الصحية للأفراد والمجتمع.

HPE.3.2 تحدد السلوكيات والعوامل الاجتماعية والبيئية التى تؤثر سلباً أوإيجاباً على صحة الفرد والمجتمع.

HPE.3.3 تعتمد على الأولويات الصحية للمنطقة التى يخدمها المركزوتتعامل مع أنشطة واهتمامات وعادات الفئات المستهدفة.

HPE.3.4 تكون محدثة ومبنية على الأدلة.

HPE.3.5 تكون مقبولة ثقافياً من جانب المجتمع.

HPE.3.6 تحدد أدوار ومسؤوليات الفئات التالية فيما يخص أنشطة تعزيز الصحة والتوعية الصحية:

HPE.3.6.1 موظفو المركز.

HPE.3.6.2 المنظمات الحكومية وغير الحكومية والخاصة.

أدلة الامتثال

HPE.3.EC.1 توجد خطط مكتوبة لتعزيز الصحة والتوعية الصحية تشمل الفقرات من HPE.3.1 إلى HPE.3.6.	مراجعة وثائق
HPE.3.EC.2 يوجد دليل على تطبيق خطط تعزيز الصحة والتوعية الصحية.	مقابلة
HPE.3.EC.3 جميع الموظفين على دراية بدورهم فى خطة تعزيز الصحة والتوعية الصحية.	مقابلة

HPE.4 يتعاون الإداريين وموظفو المركز مع القطاعات ذات الصلة لتنفيذ برامج تعزيز الصحة والتوعية الصحية ويشمل ذلك، ولايقتصرعلى:

HPE.4.1 برنامج التغذية الصحية والذى يشمل على الأقل:

HPE.4.1.1 تشجيع التغذية الصحية المتوازنة.

HPE.4.1.2 عدم تشجيع تناول المشروبات الغازية والأطعمة التى تؤثرعلى صحة الفم والأسنان فى المدارس.

HPE.4.1.3 تشجيع تقديم الحليب كعنصر أساسى فى التغذية المدرسية.

HPE.4.1.4 ضمان توفير الغذاء الآمن.

HPE.4.1.5 مخاطر السمنة.

HPE.4.2 تشجيع ممارسات القيادة الآمنة.

HPE.4.3 التوعية بأهمية المشورة والفحص قبل الزواج.
HPE.4.4 التوعية بأهمية الرياضة البدنية.
HPE.4.5 مكافحة التدخين والمخدرات.
HPE.4.6 مكافحة الأمراض التى تنتقل جنسياً.

أدلة الامتثال

HPE.4.EC.1 يوجد دليل على التعاون بين إداريي المركز وقطاعات المجتمع ذات الصلة. مقابلة
HPE.4.EC.2 يوجد برنامج مكتوب للتغذية الصحية يشمل على الأقل HPE.4.1.1 إلى HPE.4.1.5. مراجعة وثائق
HPE.4.EC.3 يوجد دليل على الأنشطة التعليمية التى تشمل على الأقل ممارسات القيادة الآمنة ، والتوعية بأهمية المشورة والفحص قبل الزواج ، الرياضة البدنية ، مكافحة التدخين والمخدرات و الأمراض التى تنتقل جنسياً (محاضرات ، منشورات ، وكتيبات ،...). مقابلة

HPE.5 يشجع إداريي المركز مشاركة المجتمع لتنفيذ برامج تعزيز الصحة والتوعية الصحية ويشمل ذلك على الأقل:

HPE.5.1 المدرسون بالمدارس.
HPE.5.2 متداولو الأغذية.
HPE.5.3 أصحاب البقالات.

أدلة الامتثال

HPE.5.EC.1 يوجد دليل على مشاركة المدرسين ومتداولي الأغذية وأصحاب البقالات فى تنفيذ برامج تعزيز الصحة والتوعية الصحية (محاضراجتماعات ، توصيات ، مواد تعليمية). مراجعة وثائق

HPE.6 يشمل برنامج تعزيز الصحة الفحص الدوري للفئات المستهدفة حسب الفئة العمرية و:

HPE.6.1 يستند إلى المبادئ التوجيهية العلمية المحدثة.
HPE.6.2 يتم توثيقه فى السجل الصحي.

أدلة الامتثال

HPE.6.EC.1 يوجد برنامج للفحص الدورى محدث ومكتوب ومبنى على الأدلة. مراجعة وثائق
HPE.6.EC.2 يتم توثيق أنشطة الفحص الدورى فى السجل الصحي. مراجعة السجل الصحي

HPE.7 يقدم المركز معلومات عن الأماكن الموجودة فى المنطقة التي يخدمها المركز والتى تدعم برامج تعزيز الصحة ويشمل ذلك على الأقل:

HPE.7.1 الأماكن المتاحة لممارسة الرياضة البدنية والمشي.
HPE.7.2 الأماكن المتاحة للغذاء الآمن.

أدلة الامتثال

HPE.7.EC.1 توجد قائمة بالأماكن التي تدعم برامج تعزيز الصحة (أماكن الرياضة البدنية والغذاء الآمن). مراجعة وثائق

HPE.8 يعمل إداريي المركز على تحديث معارف وكفاءات مقدمي الخدمة فى مجال تعزيز الصحة والتوعية الصحية والذي يشمل على الأقل:

HPE.8.1 تيسير الحصول على التحديثات الدولية فى مجال تعزيز الصحة والتوعية الصحية.

HPE.8.2 تطوير وتوزيع المواد التدريبية والتعليمية.

أدلة الامتثال

HPE.8.EC.1 مقدمو خدمة تعزيز الصحة أكفاء وعلى دراية بالمجال. مقابلة

HPE.9 يقوم إداريي المركز بتحديد مؤشرات لمراقبة فعالية برامج تعزيز الصحة والتوعية الصحية واستخدام البيانات لتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

HPE.9.EC.1 يحدد إداريي المركز مؤشرات للأداء تستخدم لتحسين الأداء. مراجعة وثائق

HPE.10 يوجد لدى المركز الأماكن المناسبة للقيام بالتوعية الصحية للمجموعات بما يتفق مع قيم المجتمع وتقاليده.

أدلة الامتثال

HPE.10.EC.1 توجد أماكن مناسبة للقيام بالتوعية الصحية للمجموعات. ملاحظة

HPE.11 يوجد لدى المركز الوسائل السمعية والبصرية والمطبوعات اللازمة لتنفيذ خطة التوعية الصحية.

أدلة الامتثال

HPE.11.EC.1 توجد وسائل سمعية وبصرية ومطبوعات متاحة. ملاحظة

صحة الأمومة والطفولة (MCH)

مقدمة

تدور المعايير في فصل "صحة الأمومة والطفولة" حول الاحتياجات الصحية للنساء في سنوات الإنجاب واحتياجات أطفالهن الرضع. ويتعين على إدارة المركز إنشاء عمليات رعاية وقائية فضلاً عن العمليات العلاجية لتلبية تلك الاحتياجات بشكل فعال. وقد تتم عمليات الرعاية هذه قبل وأثناء الحمل وبعد الولادة. بالإضافة إلى ذلك ، يعتمد تحقيق نتائج عالية الجودة لصحة الأمومة والطفولة بشكل كبير على التثقيف الفعال لمتلقي الخدمة بشأن السلوك الصحي والتدابير الوقائية.

توضح معايير هذا الفصل العمليات والأنشطة التالية :

- دليل السياسات والإجراءات
- التوثيق (على سبيل المثال ، النماذج والسجلات)
- الموظفين والموارد الأخرى المطلوبة
- تثقيف المريض خلال فترة الحمل وبعد الولادة
- مؤشرات الأداء ونظام المراقبة

المعايير

MCH.1 يوجد لدى المركز دليل برنامج صحة الأمومة والطفولة والذى:

MCH.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
MCH.1.2 يشمل السياسات والإجراءات الخاصة ببرنامج صحة الأمومة والطفولة.
MCH.1.3 يحدد أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
MCH.1.4 يشمل البطاقات والنماذج والسجلات المطلوبة لصحة الأمومة والطفولة.
MCH.1.5 يشمل آلية لمتابعة المرضى.
MCH.1.6 يشمل نظاماً للتعرف والتعامل مع الحالات عالية الخطورة.
MCH.1.7 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

MCH.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج صحة الأمومة والطفولة يشمل MCH.1.2 إلى MCH1.7.	مراجعة وثائق
MCH.1.EC.2 دليل العيادات متاح ومعروف للموظفين.	مقابلة
MCH.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات الأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء.	مراجعة وثائق

MCH.2 يوجد عدد كافي من الموظفين المؤهلين لإدارة البرنامج.

أدلة الامتثال

MCH.2.EC.1 يوجد عدد كافٍ من موظفي صحة الأمومة والطفولة المؤهلين لإدارة البرنامج.	ملفات الموظفين

MCH.3 المعدات والأدوات اللازمة متوفرة.

أدلة الامتثال

MCH.3.EC.1 جميع المعدات والأدوات اللازمة لصحة الأمومة والطفولة متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

MCH.4 جميع الأدوية واللقاحات المتعلقة بصحة الأمومة والطفولة متوفرة.

أدلة الامتثال

MCH.4.EC.1 جميع الأدوية واللقاحات المتعلقة بصحة الأمومة والطفولة متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

MCH.5 توجد خطة تعليمية جيدة للنساء الحوامل تشمل على الأقل:

MCH.5.1 التغذية الصحية.
MCH.5.2 الإلتزام بجدول زيارات المتابعة.
MCH.5.3 العناية بالثدى والرضاعة الطبيعية.
MCH.5.4 علامات الخطر أثناء الحمل.
MCH.5.5 النظافة الشخصية.

MCH.5.6 العناية بالفم والأسنان.
MCH.5.7 إستخدام الأدوية.
MCH.5.8 الإلتزام بجدول التحصينات.
MCH.5.9 المتابعة بعد الولادة.
MCH.5.10 رعاية الأطفال حديثي الولادة.
MCH.5.11 تمارين البطن والحوض.

أدلة الامتثال

MCH.5.EC.1 توجد خطة تعليمية مكتوبة للنساء الحوامل تشمل MCH.5.1 إلى MCH.5.11.	مراجعة وثائق
MCH.5.EC.2 يتم توثيق تثقيف النساء الحوامل فى السجل الصحي.	مراجعة السجل الصحي

MCH.6 تتلقى الأم التثقيف المناسب حول:

MCH.6.1 التغذية السليمة للطفل.
MCH.6.2 جدول تحصينات الطفل.
MCH.6.3 أهمية متابعة النمو.
MCH.6.4 رعاية الطفل.
MCH.6.5 الرضاعة الطبيعية.

أدلة الامتثال

MCH.6.EC.1 توجد خطة تعليمية مكتوبة للأم أو من يقوم برعاية الطفل تشمل MCH.6.1 إلى MCH.6.5.	مراجعة السجل الصحي
MCH.6.EC.2 يتم توثيق تثقيف الأم فى السجل الصحى.	مراجعة السجل الصحي
MCH.6.EC.3 الموظفون على دراية بكيفية التعامل مع مشاكل الرضاعة الطبيعية.	مقابلة

MCH.7 برنامج صحة الأمومة والطفولة مطبق بالمركز.

أدلة الامتثال

MCH.7.EC.1 يوجد دليل على تطبيق برنامج صحة الأمومة والطفولة.	مقابلة

MCH.8 يوجد لدى المركز نظام مراقبة لبرنامج صحة الأمومة والطفولة.

أدلة الامتثال

MCH.8.EC.1 يوجد نظام مراقبة لتسجيل المعلومات المتعلقة ببرنامج صحة الأمومة والطفولة.	مراجعة وثائق

التحصينات (IM)

مقدمة

يعتبر التحصين واحداً من أقوى التدخلات الصحية الفعّالة وأقلها تكلفةً في الرعاية الصحية الأولية. وتحصين السكان يعتبر أداة مؤكدة للتحكم بل وحتى القضاء على الأمراض المعدية الخطيرة المحتملة. وللحد من معدلات الاعتلال والوفيات ، ينبغي للمركز ضمان مستوى عالٍ من التغطية للتحصين ضد الأمراض المستهدفة. وهذا أمر مهم ، خصوصاً بين الرضع والأطفال وغيرهم من القطاعات المخصوصة من السكان. وتتحدد سلامة وفعالية برنامج التحصين بكيفية محافظة المركز على سلسلة التبريد وخطته للاستجابة لأي خلل في سلسلة التبريد.

توضح معايير هذا الفصل العمليات والأنشطة التالية :

- دليل السياسات والإجراءات
- التوثيق (على سبيل المثال ، النماذج والسجلات)
- الموظفين والموارد الأخرى المطلوبة
- تثقيف الأمهات ومقدمي الرعاية
- مؤشرات الأداء ونظام المراقبة

المعايير

IM.1 يوجد لدى المركز دليل برنامج التحصينات والذى:

IM.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
IM.1.2 يشمل السياسات والإجراءات الخاصة ببرنامج التحصينات.
IM.1.3 يحدد أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
IM.1.4 يشمل بطاقات التحصين والنماذج والسجلات المطلوبة لبرنامج التحصينات.
IM.1.5 يشمل آلية لمتابعة المرضى.
IM.1.6 يشمل آلية لمتابعة سلسلة التبريد وخطة الاستجابة لأي خلل في سلسلة التبريد.
IM.1.7 يشمل نظاماً للتعرف والتعامل مع الحالات عالية الخطورة.
IM.1.8 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

IM.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج التحصينات يشمل IM.1.2 إلى IM.1.8. — مراجعة وثائق
IM.1.EC.2 دليل التحصينات متاح ومعروف للموظفين. — مقابلة
IM.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات الأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء. — مراجعة وثائق

IM.2 يوجد عدد كافٍ من الموظفين المؤهلين لإدارة البرنامج.

أدلة الامتثال

IM.2.EC.1 يوجد عدد كافٍ من موظفي التحصينات المؤهلين لإدارة البرنامج. — ملفات الموظفين

IM.3 المعدات والأدوات اللازمة متوفرة.

أدلة الامتثال

IM.3.EC.1 جميع المعدات والأدوات اللازمة للتحصينات متوفرة بكميات كافية. — ملاحظة

IM.4 جميع الأدوية واللقاحات المتعلقة بالتحصينات متوفرة.

أدلة الامتثال

IM.4.EC.1 جميع الأدوية واللقاحات المتعلقة بالتحصينات متوفرة بكميات كافية. — ملاحظة

IM.5 يقوم المركز بتحديد فئات السكان المستهدفة للتحصين والتي تشمل ولا تقتصر على:

IM.5.1 المسافرين.
IM.5.2 النساء الحوامل.
IM.5.3 المسنين.
IM.5.4 الحجاج.

أدلة الامتثال

IM.5.EC.1 توجد قائمة مكتوبة بفئات السكان المستهدفة للتحصين والتي تشمل ولا تقتصر على IM.5.1 إلى IM.5.4. — مراجعة وثائق

IM.6 تتلقى الأم أو من يقوم برعاية الطفل التثقيف المناسب حول:

IM.6.1 الإلتزام بجدول التحصينات.
IM.6.2 الآثار الجانبية للتحصين.
IM.6.3 رعاية الطفل بعد التحصين.

أدلة الامتثال

IM.6.EC.1 توجد خطة تعليمية مكتوبة تشمل IM.6.1 إلى IM.6.3. — مراجعة وثائق
IM.6.EC.2 يتم توثيق تثقيف الأم فى السجل الصحى. — مراجعة السجل الصحي

IM.7 برنامج التحصينات مطبق بالمركز.

أدلة الامتثال

IM.7.EC.1 يوجد دليل على تطبيق برنامج التحصينات. — مقابلة

IM.8 يوجد لدى المركز نظام مراقبة لبرنامج التحصينات.

أدلة الامتثال

IM.8.EC.1 يوجد نظام مراقبة لتسجيل المعلومات المتعلقة ببرنامج التحصينات. — مراجعة وثائق

الأمراض غير المعدية (NCD)

مقدمة

يتزايد الاعتراف بالأمراض غير المعدية كسبب رئيسي للاعتلال والوفيات. وتلعب الرعاية الصحيَّة الأوليَّة دوراً رئيساً في التعامل مع الأمراض المزمنة. والتعامل الجيد مع الأمراض المزمنة يمكن أن يحدث فرقاً حقيقياً، مما يساعد في منع وقوع الأزمات والتدهور، وتمكين الناس الذين يعيشون مع الحالات المرضية المزمنة لتحقيق أفضل جودة ممكنة للحياة. هذا الفصل يهدف إلى الحد من عبء الأمراض الغير معدية من خلال نظام سليم للتعرف على هذه الأمراض، والتعامل معها، والتثقيف حولها، فضلاً عن مراقبتها.

توضح معايير هذا الفصل العمليات والأنشطة التالية :

- دليل السياسات والإجراءات
- التوثيق (على سبيل المثال ، النماذج والسجلات)
- الموظفين والموارد الأخرى المطلوبة
- تثقيف المرضى وعائلاتهم
- مؤشرات الأداء ونظام المراقبة

المعايير

NCD.1 يوجد لدى المركز دليل برنامج الأمراض غير المعدية والذى:

NCD.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
NCD.1.2 يحدد قائمة الأمراض غير المعدية والتي تشمل على الأقل (مرض السكري وارتفاع ضغط الدم والربو القصبي وأمراض القلب والشرايين والسرطان).
NCD.1.3 يشمل السياسات والإجراءات الخاصة ببرنامج الأمراض غير المعدية.
NCD.1.4 يحدد أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
NCD.1.5 يشمل البطاقات والنماذج والسجلات المطلوبة لبرنامج الأمراض غير المعدية.
NCD.1.6 يشمل نظاماً لمتابعة المرضى.
NCD.1.7 يشمل نظاماً للتعرف والتعامل مع الحالات عالية الخطورة.
NCD.1.8 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

NCD.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج الأمراض غير المعدية يشمل NCD.1.2 إلى NCD.1.8. — مراجعة وثائق
NCD.1.EC.2 دليل الأمراض غير المعدية متاح ومعروف للموظفين. — مقابلة
NCD.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات الأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء. — مراجعة وثائق

NCD.2 يوجد موظفين مؤهلين وبصورة كافية لتقديم مايلى:

NCD.2.1 المشورة الغذائية.
NCD.2.2 التثقيف الصحى وتثقيف مرضى السكر.
NCD.2.3 العناية بالقدم السكرية.
NCD.2.4 الخدمات الإجتماعية والنفسية.

أدلة الامتثال

NCD.2.EC.1 الموظفون المسؤولون عن الأمراض غير المعدية مؤهلون بصورة مناسبة من ناحية التعليم و/ أو التدريب لتقديم NCD.2.1 إلى NCD.2.4. — ملفات الموظفين

NCD.3 المعدات والأدوات اللازمة متوفرة.

أدلة الامتثال

NCD.3.EC.1 جميع المعدات والأدوات اللازمة للأمراض غير المعدية متوفرة بكميات كافية. — ملاحظة

NCD.4 جميع أدوية الأمراض غير المعدية متوفرة.

أدلة الامتثال

NCD.4.EC.1 جميع أدوية الأمراض غير المعدية متوفرة بكميات كافية. — ملاحظة

NCD.5 توجد خطة تثقيفية جيدة للمرضى وعائلاتهم تشمل على الأقل:

NCD.5.1 معلومات عن الأمراض.
NCD.5.2 تعديل أنماط الحياة.
NCD.5.3 زيارات المتابعة الدورية.
NCD.5.4 عدد مرات أخذ الدواء والآثار الجانبية والإحتياطات.
NCD.5.5 مضاعفات المرض.

أدلة الامتثال

NCD.5.EC.1 توجد خطة تثقيفية مكتوبة تشمل NCD.5.1 إلى NCD.5.5.	مراجعة وثائق
NCD.5.EC.2 يتم توثيق تثقيف المرضى وعائلاتهم فى السجل الصحي.	مراجعة السجل الصحي

NCD.6 برنامج الأمراض غير المعدية مطبق بالمركز.

أدلة الامتثال

NCD.6.EC.1 يوجد دليل على تطبيق برنامج الأمراض غير المعدية.	مقابلة

NCD.7 يوجد لدى المركز نظام مراقبة لبرنامج الأمراض غير المعدية.

أدلة الامتثال

NCD.7.EC.1 يوجد نظام مراقبة لتسجيل المعلومات المتعلقة ببرنامج الأمراض غير المعدية.	مراجعة وثائق

رعاية المسنين (GRC)

مقدمة

أصبح الناس يعيشون حياةً أطول مع التغيرات السريعة في الحالة الاقتصادية والاجتماعية والديمغرافية. ويمكن النظر للشيخوخة على أنها فقدان قدرة الفرد على التكيف مع مرور الوقت. والأشخاص المسنون هم المستخدمون الرئيسيون لخدمات الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية ومعدلات الاعتلال المرتفعة الخاصة بهم ، والأنماط المختلفة من أعراض المرض ، والاستجابة البطيئة للعلاج ومتطلبات الدعم الاجتماعي ، كل ذلك يدعو إلى تقديم عمليات رعاية خاصة. تحتاج عمليات الرعاية هذه إلى تلبية احتياجات الرعاية الصحية للسكان المسنين مع التركيز على تعزيز الصحة والوقاية والعلاج من المرض والعجز في المسنين. وينبغي للمراكز أن تقوم بتصميم عمليات للرعاية فعَّالة وآمنة وفريدة من نوعها لهذه الفئة عالية الخطورة من المرضى.

توضح معايير هذا الفصل العمليات والأنشطة التالية :

- دليل السياسات والإجراءات
- التوثيق (على سبيل المثال ، النماذج والسجلات)
- الموظفين والموارد الأخرى المطلوبة
- تثقيف المرضى وعائلاتهم
- مؤشرات الأداء ونظام المراقبة

المعايير

GRC.1 يوجد لدى المركز دليل برنامج رعاية المسنين والذى:

GRC.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
GRC.1.2 يشمل السياسات والإجراءات لرعاية المسنين والزيارات المنزلية.
GRC.1.3 يشمل النماذج والسجلات المطلوبة.
GRC.1.4 يشمل أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
GRC.1.5 يشمل قائمة بالمشاكل الصحية الشائعة للمسنين.
GRC.1.6 يشمل عملية متابعة المرضى.
GRC.1.7 يشمل نظاماً للتعرف والتعامل مع الحالات عالية الخطورة.
GRC.1.8 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

GRC.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج رعاية المسنين يشمل GRC.1.2 إلى GRC.1.8.	مراجعة وثائق
GRC.1.EC.2 دليل رعاية المسنين متاح ومعروف للموظفين.	مقابلة
GRC.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات الأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء.	مراجعة وثائق

GRC.2 يوجد عدد كافٍ من الموظفين المؤهلين لتقديم مايلي:

GRC.2.1 المشورة الغذائية.
GRC.2.2 التثقيف الصحي.
GRC.2.3 الخدمات النفسية والإجتماعية بما فى ذلك الروحية.
GRC.2.4 الخدمات التلطيفية.

أدلة الامتثال

GRC.2.EC.1 يوجد عدد كافٍ من موظفي رعاية المسنين ومؤهلين بشكل صحيح عن طريق التعليم أو التدريب لتقديم GRC.2.1 إلى GRC.2.4.	ملفات الموظفين

GRC.3 المعدات والأدوات اللازمة متوفرة.

أدلة الامتثال

GRC.3.EC.1 جميع المعدات والأدوات اللازمة لرعاية المسنين متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

GRC.4 جميع الأدوية واللقاحات المتعلقة برعاية المسنين متوفرة.

أدلة الامتثال

GRC.4.EC.1 جميع الأدوية واللقاحات المتعلقة برعاية المسنين متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

GRC.5 توجد خطة تثقيفية جيدة للمرضى وعائلاتهم تشمل على الأقل:



GRC.5.1 الغذاء المناسب.
GRC.5.2 معلومات عن الأمراض الشائعة فى المسنين.
GRC.5.3 الإلتزام بزيارات المتابعة.
GRC.5.4 عدد مرات أخذ الدواء والآثار الجانبية والإحتياطات.
GRC.5.5 النشاط البدنى.
GRC.5.6 تعليمات المتابعة.
GRC.5.7 السلوك الصحي وتجنب العادات الضارة.
GRC.5.8 التغلب على المشاكل المتعلقة بالذاكرة والرؤية والسمع والفم ومشاكل الأسنان.
GRC.5.9 السلامة المنزلية.

أدلة الامتثال

GRC.5.EC.1 توجد خطة تثقيفية مكتوبة تشمل GRC.5.1 إلى GRC.5.9.	مراجعة وثائق
GRC.5.EC.2 يتم توثيق تثقيف المريض والعائلة فى الملف الصحي.	مراجعة السجل الصحي

GRC.6 برنامج رعاية المسنين مطبق بالمركز.

أدلة الامتثال

GRC.6.EC.1 يوجد دليل على تطبيق برنامج رعاية المسنين.	مقابلة

GRC.7 يوجد لدى المركز نظام مراقبة لبرنامج رعاية المسنين.

أدلة الامتثال

GRC.7.EC.1 يوجد نظام مراقبة لتسجيل المعلومات المتعلقة ببرنامج رعاية المسنين.	مراجعة وثائق

الأمراض المعدية (CD)

مقدمة

يركز هذا الفصل على التزام إداريي المركز بالتعامل مع الأمراض المعدية للسكان المستهدفين. والواجب المضاعف يطالب المركز باتباع العمليات المناسبة ليس فقط للسيطرة ولكن أيضاً للوقاية من الأمراض المعدية. بالإضافة إلى ذلك ، ينبغي أن يكون لدى المركز عمليات لتحديد المرضى والمخالطين والتعامل معهم ومتابعتهم.

توضح معايير هذا الفصل العمليات والأنشطة التالية :

- دليل السياسات والإجراءات
- التوثيق (على سبيل المثال ، النماذج والسجلات)
- الموظفين والموارد الأخرى المطلوبة
- تثقيف المرضى وعائلاتهم
- مؤشرات الأداء ونظام المراقبة

المعايير

CD.1 يوجد لدى المركز دليل برنامج الأمراض المعدية والذي:

CD.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
CD.1.2 يشمل قائمة بالأمراض المعدية الشائعة مثل (الالتهاب الكبدي ، والجدري المائي ، والنكاف والسعال الديكي).
CD.1.3 يشمل السياسات والإجراءات للأمراض المعدية.
CD.1.4 يشمل أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
CD.1.5 يشمل النماذج والسجلات المطلوبة لنشاطات الأمراض المعدية.
CD.1.6 يشمل نظاماً لمتابعة الحالات والمخالطين خلال فترة الرصد الوبائي.
CD.1.7 يشمل التعرف والتعامل مع الحالات عالية الخطورة.
CD.1.8 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

CD.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج الأمراض المعدية يشمل CD.1.2 إلى CD.1.8.	مراجعة وثائق
CD.1.EC.2 دليل الأمراض المعدية متاح ومعروف للموظفين.	مقابلة
CD.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات الأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء.	مراجعة وثائق

CD.2 يوجد عدد كافى من الموظفين المؤهلين لإدارة البرنامج.

أدلة الامتثال

CD.2.EC.1 يوجد عدد كافٍ من موظفي الأمراض المعدية ومؤهلين بشكل صحيح عن طريق التعليم و/ أو التدريب.	ملفات الموظفين

CD.3 المعدات والأدوات اللازمة متوفرة.

أدلة الامتثال

CD.3.EC.1 جميع المعدات والأدوات اللازمة للأمراض المعدية متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

CD.4 جميع أدوية الأمراض المعدية واللقاحات والبروتينات المناعية متوفرة.

أدلة الامتثال

CD.4.EC.1 جميع أدوية الأمراض المعدية واللقاحات والبروتينات المناعية متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

CD.5 توجد خطة تثقيفية جيدة للمرضى والمسؤول عن رعايتهم تشمل على الأقل:

CD.5.1 معلومات حول المرض.
CD.5.2 طرق إنتقال العدوى وطرق الوقاية منها.
CD.5.3 عدد مرات أخذ الدواء والآثار الجانبية والإحتياطات.

CD.5.4 السلوك الصحى.
CD.5.5 المعالجة المناسبة للغذاء والماء.
CD.5.6 تعليمات المتابعة.

أدلة الامتثال

CD.5.EC.1 توجد خطة تثقيفية مكتوبة تشمل CD.5.1 إلى CD.5.6. — مراجعة وثائق
CD.5.EC.2 يتم توثيق تثقيف المرضى فى السجل الصحى. — مراجعة السجل الصحي

CD.6 برنامج الأمراض المعدية مطبق بالمركز.

أدلة الامتثال

CD.6.EC.1 يوجد دليل على تطبيق برنامج الأمراض المعدية. — مقابلة

CD.7 يوجد لدى المركز نظام مراقبة لبرنامج الأمراض المعدية.

أدلة الامتثال

CD.7.EC.1 يوجد نظام مراقبة لتسجيل المعلومات المتعلقة ببرنامج الأمراض المعدية. — مراجعة وثائق

صحة الفم والأسنان (DOH)

مقدمة

تتمثل المهمة الرئيسية لصحة الفم والأسنان فى الخدمات العلاجية والوقائية ويجب أن تحدد السياسات والإجراءات كلا النوعين بشكل واضح. ويجب عمل التقييم وخطة الرعاية السليمة لمرضى الأسنان. كما ينبغي أن يتم الاحتفاظ بالسجلات الموثقة لجميع المرضى. ويجب على الإدارة ضمان وجود المعدات الكافية والمستلزمات والأدوية اللازمة لتقديم الرعاية الملائمة. ينبغي أن يتوفر لدى المركز الخطط التعليمية التى تستهدف السكان المعرضين للخطر. ولدعم سلامة المرضى ينبغى للمركز تصميم وتطبيق ممارسات صارمة لمكافحة العدوى.

ويحدد هذا الفصل متطلبات المجالات التالية :

- السياسات والإجراءات
- التوظيف
- المعدات والمستلزمات والأدوية
- الوثائق والنماذج والسجلات
- تثقيف السكان
- نظام المراقبة

المعايير

DOH.1 يوجد لدى المركز دليل برنامج صحة الفم والأسنان والذى:

DOH.1.1 يحدد نطاق وأهداف الخدمة لبرنامج صحة الفم والأسنان.
DOH.1.2 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
DOH.1.3 يشمل السياسات والإجراءات لخدمات الرعاية الصحية للفم والأسنان.
DOH.1.4 يشمل أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
DOH.1.5 يشمل قائمة بأكثر أمراض ومشاكل الفم والأسنان شيوعاً.
DOH.1.6 يشمل النماذج والسجلات المطلوبة لنشاطات صحة الفم والأسنان.
DOH.1.7 يشمل عملية متابعة وعلاج المرضى.
DOH.1.8 يشمل التعرف والتعامل مع الحالات عالية الخطورة.
DOH.1.9 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

DOH.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج صحة الفم والأسنان يشمل DOH.1.3 إلى DOH.1.9.	مراجعة وثائق
DOH.1.EC.2 دليل صحة الفم والأسنان متاح ومعروف للموظفين.	مقابلة
DOH.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات الأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء.	مراجعة وثائق

DOH.2 يوجد عدد كافٍ من الموظفين المؤهلين للقيام بخدمات الرعاية الصحية للفم والأسنان ويشمل:

DOH.2.1 طبيب أسنان مؤهل مسؤول عن خدمات الرعاية الصحية الأولية للفم والأسنان.
DOH.2.2 مساعد طبيب أسنان مؤهل لكل عيادة فم وأسنان.
DOH.2.3 أخصائي صحة أسنان للمركز الذى يحتوي على عيادة / عيادات لصحة الفم والأسنان أو بالتنسيق مع المرافق الأخرى.

أدلة الامتثال

DOH.2.EC.1 يوجد عدد كافٍ من موظفي صحة الفم والأسنان المؤهلين (طبيب أسنان ، ومساعد ، وأخصائي صحة أسنان).	ملفات الموظفين

DOH.3 المعدات والأدوات والمواد اللازمة متوفرة.

أدلة الامتثال

DOH.3.EC.1 جميع المعدات والأدوات والمواد اللازمة لصحة الفم والأسنان متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

DOH.4 جميع الأدوية المتعلقة بصحة الفم والأسنان متوفرة.

أدلة الامتثال

DOH.4.EC.1 جميع الأدوية المتعلقة بصحة الفم والأسنان متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

DOH.5 توجد خطة تثقيفية جيدة لصحة الفم والأسنان للفئات المستهدفة تشمل على الأقل:

DOH.5.1 برنامج وقائي للأسنان للأطفال ماقبل المدرسة وطلاب المدارس.
DOH.5.2 برنامج وقائي للأسنان للمرضى الذين يعانون من الأمراض غير المعدية.
DOH.5.3 برنامج وقائي للأسنان للنساء الحوامل.
DOH.5.4 برنامج تثقيفي للمرضى ذوى الاحتياجات الخاصة.

أدلة الامتثال

DOH.5.EC.1 توجد خطة تعليمية مكتوبة للفئات المستهدفة تشمل برامج وقائية للأسنان (أطفال ماقبل المدرسة وطلاب المدارس والمرضى الذين يعانون من الأمراض غير المعدية والنساء الحوامل والمرضى ذوى الاحتياجات الخاصة). مراجعة وثائق
DOH.5.EC.2 يتم توثيق التثقيف للفئات المستهدفة فى السجل الصحي. مراجعة السجل الصحي

DOH.6 يتم تطبيق برنامج صحة الفم والأسنان فى المركز ويشمل على الأقل:

DOH.6.1 يتم أخذ التاريخ وعمل الفحص الداخلي والخارجي الشامل للفم والفحوصات الأولية فى الزيارة الأولى لجميع المرضى المسجلين فى عيادة الأسنان.
DOH.6.2 يتم عمل قائمة بعوامل الخطورة لكل مريض.
DOH.6.3 يتم تعريف الحالات التى لديها مشاكل طبية بوضوح.
DOH.6.4 يتم الحصول على الموافقة على إجراءات الأسنان عالية الخطورة.
DOH.6.5 يتم تقييم الحاجة للوقاية بإستخدام المضادات الحيوية لكل مريض فى عيادة الأسنان.
DOH.6.6 تعليمات صحة الفم.
DOH.6.7 مكافحة تسوس الأسنان وأمراض اللثة وأمراض أنسجة الفم اللينة والصلبة والتعامل معها.

أدلة الامتثال

DOH.6.EC.1 يوجد دليل على تطبيق البرنامج ويشمل ذلك DOH.6.1 إلى DOH.6.7. مراجعة السجل الصحي

DOH.7 يوجد لدى كل مريض سجل مكتوب للأسنان يشمل ولايقتصرعلى:

DOH.7.1 تاريخ تفاعلات الحساسية.
DOH.7.2 أى أمراض مزمنة مثل أمراض القلب الخلقية وأمراض القلب الروماتيزمية ومرض السكرى.
DOH.7.3 أى أمراض بالدم مثل الهيموفليا.
DOH.7.4 الشكاوى الرئيسية للمرضى.
DOH.7.5 خطة العلاج.
DOH.7.6 الأشعة السينية اللازمة.
DOH.7.7 جرعة التخدير الموضعى والسن المعالج والمواد المستخدمة.

أدلة الامتثال

DOH.7.EC.1 يوجد سجل أسنان شامل للمريض يحتوي على DOH.7.1 إلى DOH.7.7. مراجعة السجل الصحي

DOH.8 يطبق المركز سياسات وأدلة مكافحة العدوى فى عيادة الأسنان والتى تشمل ولاتقتصر على:

DOH.8.1 إستخدام القفازات والأقنعه لكل حالة.
DOH.8.2 إرتداء النظارات الواقية.

DOH.8.3 توفير حماية لعين المريض.
DOH.8.4 ارتداء أغطية الجسم فى عيادة الأسنان.
DOH.8.5 تعقيم جميع الأدوات التى يعاد استخدامها بعد كل مريض وفقاً لبروتوكول مكتوب.
DOH.8.6 تنظيف جميع الأدوات فى وحدة الموجات فوق الصوتية.
DOH.8.7 تعقيم آلات الحفر وبخاخات الهواء والماء بين المرضى.
DOH.8.8 بروتوكول مكتوب لتعقيم الأدوات يشمل وقت وطريقة التعقيم.
DOH.8.9 تنظيف أسطح منطقة العمل بين المرضى.

أدلة الامتثال

DOH.8.EC.1 يوجد تطبيق لأدلة مكافحة العدوى والتي تشمل DOH.8.1 إلى DOH.8.9. ملاحظة
DOH.8.EC.2 يوجد بروتوكول مكتوب لتعقيم الأدوات يشمل وقت وطريقة التعقيم. مراجعة وثائق
DOH.8.EC.3 يوجد دليل على تعقيم جميع الأدوات التى يعاد استخدامها بعد كل مريض وفقاً لبروتوكول مكتوب ، تنظيف جميع الأدوات فى وحدة الموجات فوق الصوتية ، تعقيم آلات الحفروبخاخات الهواء والماء بين المرضى. ملاحظة
DOH.8.EC.4 يوجد دليل على تطبيق إرشادات مكافحة العدوى ، على سبيل المثال تنظيف أسطح منطقة العمل بين المرضى. ملاحظة

DOH.9 يوجد لدى المركز نظام مراقبة لأمراض الفم والأسنان.

أدلة الامتثال

DOH.9.EC.1 يوجد نظام مراقبة لتسجيل المعلومات المتعلقة بصحة الفم والأسنان. مراجعة وثائق

خدمات الطوارئ (ES)

مقدمة

لتلبية احتياجات المرضى من السكان الذين يتم تقديم الخدمات لهم ، يقوم مركز الرعاية الصحية الأولية بالتعامل مع الحالات الطارئة التى تتطلب الفحص والعلاج الفوري. يجب أن يوفر المركز خدمات الطوارئ من خلال إنشاء غرفة للطوارئ. وينبغي تنظيم خدمات الطوارئ لتوفير الرعاية المثلى للمرضى بطريقة آمنة وملائمة وفعالة ومؤثرة وسريعة الاستجابة كما ينبغي أن يتم توجيه هذه الخدمات والتنسيق فيما بينها وبين الخدمات الأخرى فى المجتمع.

وينبغي إنشاء نظام فعال وملائم للفرز يقوم به أشخاص مؤهلون ويستخدم هذا النظام لتقييم جميع المرضى عند وصولهم. ومن الضروري أن يتم تقييم مشاكل المريض وترتيب العلاج المناسب مع مراعاة درجة الخطورة والحالة السريرية للمريض. ويجب أن تكون الوثائق مفصلة ودقيقة ومكتوبة بطريقة مهنية وأن يتم المحافظة عليها لجميع المرضى.

عندما لايكون لدى المركز المرافق أو المهارات الطبية اللازمة لعلاج المريض لابد من اتخاذ الترتيبات للنقل الآمن إلى مرفق العلاج المناسب بعد إجراء خطوات الإنعاش الأساسية المناسبة أو تحقيق الاستقرار لحالة المريض. ويجب أن يتم التواصل مع المرفق المستقبل للمريض أثناء اتخاذ الترتيبات للمريض الذى سوف يتم نقله ويجب أن يكون المريض مصحوباً بأشخاص لديهم القدرة المناسبة. كما يجب توثيق جميع التفاصيل ذات الصلة السريرية وإبلاغها للمرفق المستقبل لإفادة الفريق الذى يستقبل المريض.

ويتناول هذا الفصل مايلى :

- الهيكل المادي
- التوظيف
- المعدات والمستلزمات
- الفرز
- رعاية المرضى
- الإنعاش القلبي الرئوي
- نقل المرضى
- الإسعاف والنقل
- تثقيف المجتمع

المعايير

ES.1 يوجد لدى المركز دليل لخدمات الطوارئ والذي:

ES.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
ES.1.2 يحدد قائمة بالاصابات والحوادث والحالات الطارئة الشائعة.
ES.1.3 يشمل النماذج والسجلات المطلوبة لخدمات الطوارئ.
ES.1.4 يشمل أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
ES.1.5 يشمل السياسات والإجراءات لخدمات الطوارئ.
ES.1.6 يشمل نظاماً لمتابعة وعلاج المرضى.
ES.1.7 يشمل التعرف والتعامل مع الحالات التي تحتاج الى إنعاش.
ES.1.8 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

ES.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج خدمات الطوارئ يشمل ES.1.2 إلى ES.1.8.	مراجعة وثائق
ES.1.EC.2 دليل خدمات الطوارئ متاح ومعروف للموظفين.	مقابلة
ES.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات الأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء.	مراجعة وثائق

ES.2 تغطي خدمات الطوارئ بالمركز 24 ساعة يومياً.

أدلة الامتثال

ES.2.EC.1 توجد آلية لتغطية خدمات الطوارئ خارج ساعات العمل الرسمية.	مقابلة

ES.3 يوجد عدد كافٍ من الموظفين المؤهلين/ المدربين يشمل ولا يقتصر على:

ES.3.1 توفر فريق مؤهل للرعاية الصحية.
ES.3.2 يوجد طبيب مؤهل مع خبرة لاتقل عن سنتين.
ES.3.3 جميع أطباء وتمريض الطوارئ يحملون شهادة الإنعاش القلبي الأساسية ويفضل شهادة الإنعاش القلبي المتقدمة والشهادة المتقدمة للتعامل مع الإصابات.

أدلة الامتثال

ES.3.EC.1 يوجد عدد كافٍ من موظفي خدمات الطوارئ المؤهلين بشكل ملائم.	ملفات الموظفين
ES.3.EC.2 يوجد طبيب مؤهل مع خبرة لاتقل عن سنتين.	ملفات الموظفين
ES.3.EC.3 جميع أطباء وتمريض الطوارئ يحملون شهادة سارية للإنعاش القلبي الأساسية ويفضل شهادة الإنعاش القلبي المتقدمة والشهادة المتقدمة للتعامل مع الإصابات.	ملفات الموظفين

ES.4 يوجد لدى المركز غرفة مجهزة للتعامل مع الإصابات الشائعة والحوادث والحالات الطارئة.

أدلة الامتثال

ES.4.EC.1 توجد غرفة مجهزة للتعامل مع الإصابات الشائعة والحوادث والحالات الطارئة.	ملاحظة

ES.5 يوجد لدى المركز سياسة عن كيفية فرز المرضى وتحديد أولويات إحتياجاتهم.

أدلة الامتثال

ES.5.EC.1 توجد سياسة مكتوبة وإجراء عن كيفية فرز المرضى وتحديد أولويات احتياجاتهم. — مراجعة وثائق

ES.6 يوجد لدى غرفة الطوارئ المعدات والأدوية اللازمة التالية:

- ES.6.1 عربة الطوارئ.
- ES.6.2 جهاز تخطيط القلب.
- ES.6.3 جهاز مراقبة العلامات الحيوية.
- ES.6.4 جهاز إزالة الرجفان (جهاز الصدمات)
- ES.6.5 مقياس الأكسجين النبضى.
- ES.6.6 أنابيب صدر مختلفة المقاسات.
- ES.6.7 معدات تنبيب للبالغين.
- ES.6.8 معدات تنبيب للأطفال.
- ES.6.9 أدوية الطوارئ والإنعاش القلبي الرئوي.

أدلة الامتثال

ES.6.EC.1 جميع المعدات اللازمة للطوارئ متاحة وتشمل ولا تقتصر على ES.6.1 إلى ES.6.9. — ملاحظة

ES.7 توجد استمارة / نموذج تقييم للطوارئ يتم توثيقها لكل مريض يحضر لتلقي الرعاية فى غرفة الطوارئ ويشمل:

- ES.7.1 زمن ووسيلة الوصول.
- ES.7.2 العلامات الحيوية.
- ES.7.3 الحساسية للأدوية والبيئة والأطعمة.
- ES.7.4 التاريخ المرضى.
- ES.7.5 الفحص البدنى وإعادة الفحص.
- ES.7.6 التشخيص المتوقع.
- ES.7.7 أى فحوصات يتم طلبها
- ES.7.8 العلاج المعطى.
- ES.7.9 وقت الإحالة أو/ و الخروج من المركز.
- ES.7.10 توثيق حالة المريض وقت الخروج أو الإحالة إلى مرافق آخر.

أدلة الامتثال

ES.7.EC.1 يوجد توثيق كامل لاستمارة / نموذج الطوارئ في السجل الصحي ويشمل ذلك ES.7.1 إلى ES.7.10. — مراجعة السجل الصحي

ES.8 يتم فحص وتحديث الحقائب الطبية فى غرفة الطوارئ يومياً وبعد كل استخدام (تحتوي الحقائب الطبية على جميع الأدوية الضرورية).

أدلة الامتثال

ES.8.EC.1 يوجد دليل على الفحص الدوري لجاهزية الحقائب الطبية بالطوارئ (على الأقل يومياً وبعد كل استخدام). ملاحظة

ES.9 يوجد لدى المركز خطة تثقيفية حول الحوادث والحالات الطارئة الشائعة وأهمية تدابير الإسعافات الأولية.

أدلة الامتثال

ES.9.EC.1 توجد خطة تثقيفية حول الحوادث والحالات الطارئة الشائعة وأهمية تدابير الإسعافات الأولية. مراجعة وثائق

ES.10 يوجد لدى المركز وسائل للنقل فى حالات الطوارئ (الإسعاف أو الهلال الأحمر).

أدلة الامتثال

ES.10.EC.1 يوجد إسعاف أو الهلال الأحمر. ملاحظة

ES.11 يتم فحص سيارات الإسعاف يومياً وهى مجهزة بمايلى:

ES.11.1 مصدر أكسجين.
ES.11.2 مجموعة أدوات تنبيب.
ES.11.3 سوار للفقرات العنقية.
ES.11.4 لوح للظهر.
ES.11.5 معدات لشفط الإفرازات.

أدلة الامتثال

ES.11.EC.1 يوجد دليل على الفحص اليومي للمعدات الأساسية بسيارات الإسعاف والتى تشمل أكسجين وأدوات تنبيب وسوار للفقرات العنقية ولوح للظهر وآلة شفط (سجل للتسجيل). ملاحظة

ES.12 يتم مراقبة عربة الطوارئ وفحصها بإنتظام للتحقق مما يلى:

ES.12.1 أداء المعدات القلبية التنفسية.
ES.12.2 بطارية جهاز الصدمات وامتلاء إسطوانة الأكسجين وآلة الشفط والأدوية وأكياس أمبو والخزانات وخرائط حساب الأدوية وأنبوب القصبة الهوائية (لحديثى الولادة والأطفال والكبار) وصندوق الآلات الحادة. يتم غلق عربة الطوارئ باستخدام القفل المعلم برقم.
ES.12.3 الفحص الروتينى (على الأقل شهرياً) لجميع الأدوية والمعدات فى عربة الطوارئ.

أدلة الامتثال

ES.12.EC.1 توجد سياسة مكتوبة وإجراء يشمل عدة أقسام لإعادة تعبئة أدوية ومعدات عربة الطوارئ. مراجعة وثائق
ES.12.EC.2 يوجد امتثال لسياسة وإجراء فحص وإعادة تعبئة عربة الطوارئ. مقابلة
ES.12.EC.3 يوجد فحص روتيني (على الأقل شهرياً) لجميع الأدوية والمعدات فى عربة الطوارئ. ملاحظة



ES.13 يتم تحديد أدوار ومسؤليات الطاقم التالي فى التعامل مع الإنعاش القلبي الرئوي في سياسة:

ES.13.1 الموظف الذى يكتشف النداء أولاً.
ES.13.2 قائد فريق النداء.
ES.13.3 أعضاء فريق النداء.

أدلة الامتثال

ES.13.EC.1 توجد سياسة إنعاش قلبي رئوي للمركز تحدد أدوار ومسؤليات الطاقم خلال النداء.	مراجعة وثائق

ES.14 يوجد لدى المركز نظام مراقبة لخدمات الطوارئ.

أدلة الامتثال

ES.14.EC.1 يوجد نظام مراقبة لتسجيل المعلومات المتعلقة بخدمات الطوارئ.	مراجعة وثائق

صحة البيئة (EH)

مقدمة

الصحة البيئية للمجتمع لها تأثير إيجابي على صحة السكان. وينبغي للإدارة عمل تقييم للمخاطر البيئية وتصميم الخطط تبعاً لذلك. وينبغي إدراج المخاطر البيئية فى قاعدة بيانات شاملة وخريطة صحية محدثة. ويتعين على مركز الرعاية الصحية الأولية بالتعاون مع قطاعات المجتمع ذات الصلة توفير جولات بيئية دورية والتدابير الوقائية الملائمة للظروف السائدة التي إن لم يتم التعامل معها بشكل صحيح قد تؤثر سلباً على صحة السكان. ومن المتوقع أن يدعم هذا النهج الوقائي الصحة العامة للمجتمع.

يحدد هذا الفصل الخطوط العريضة للأنشطة والعمليات اللازمة لصحة البيئة :

- السياسات والإجراءات
- التوظيف
- المعدات والأدوية
- الجولات الدورية
- نظام المراقبة

المعايير

EH.1 يوجد لدى المركز دليل لبرنامج صحة البيئة والذى:

EH.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً للموظفين المعنيين.
EH.1.2 يشمل بطاقات صحة البيئة والنماذج والسجلات المطلوبة لصحة البيئة.
EH.1.3 يشمل أدوار ومسؤوليات الموظفين المعنيين.
EH.1.4 يشمل السياسات والإجراءات لبرنامج صحة البيئة في مجال:

EH.1.4.1 مراقبة المطاعم والأغذية وحالات التسمم الغذائى.
EH.1.4.2 مراقبة مياه الشرب.
EH.1.4.3 مراقبة الورش والمصانع.
EH.1.4.4 التخلص من القمامة والنفايات.
EH.1.4.5 مراقبة حظائر الحيوانات والطيور.
EH.1.4.6 ردم البرك والمستنقعات.
EH.1.4.7 مراقبة مساكن العمال والأماكن العامة.

EH.1.5 يشمل نظاماً لمتابعة الاجراءات المتخذة.
EH.1.6 يشمل نظاماً للتعرف على المخاطر البيئية.
EH.1.7 يشمل مؤشرات لتقييم ومراقبة وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

EH.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج صحة البيئة يشمل EH.1.2 إلى EH.1.7.	مراجعة وثائق
EH.1.EC.2 دليل صحة البيئة متاح ومعروف للموظفين.	مقابلة
EH.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات الأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء.	مراجعة وثائق

EH.2 يوجد عدد كافٍ من الموظفين المؤهلين لإدارة البرنامج.

أدلة الامتثال

EH.2.EC.1 يوجد عدد كافٍ من موظفي صحة البيئة المؤهلين بالتعليم و / أو التدريب.	ملفات الموظفين

EH.3 المعدات والأدوات اللازمة متوفرة.

أدلة الامتثال

EH.3.EC.1 جميع معدات وأدوات صحة البيئة اللازمة متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

EH.4 جميع الأدوية واللقاحات المتعلقة بصحة البيئة متوفرة.

أدلة الامتثال

EH.4.EC.1 جميع الأدوية واللقاحات المتعلقة بصحة البيئة متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

EH.5 يقوم المركز بإقامة برنامج تثقيفي صحى يتعلق بأهمية صحة البيئة والمحافظة عليها.

أدلة الامتثال

EH.5.EC.1 يوجد دليل على إقامة برنامج تثقيفي صحى يتعلق بأهمية صحة البيئة والمحافظة عليها.	مقابلة

EH.6 يقوم المركز بإجراء جولات دورية لصحة البيئة

أدلة الامتثال

EH.6.EC.1 يوجد دليل على الجولات الدورية لصحة البيئة.	مراجعة وثائق
EH.6.EC.2 توجد وسائل نقل ملائمة للفريق المسؤول عن جولات صحة البيئة الدورية.	ملاحظة

EH.7 يتعاون المركز مع القطاعات ذات الصلة لتنفيذ أنشطة برنامج صحة البيئة.

أدلة الامتثال

EH.7.EC.1 يوجد دليل على تعاون المركز مع المنظمات ذات الصلة لتنفيذ أنشطة برنامج صحة البيئة.	مقابلة

EH.8 برنامج صحة البيئة مطبق بالمركز.

أدلة الامتثال

EH.8.EC.1 يوجد دليل على تطبيق برنامج صحة البيئة.	مقابلة

EH.9 توجد قاعدة بيانات شاملة وخريطة صحية محدثة تحدد المخاطر البيئية.

أدلة الامتثال

EH.9.EC.1 توجد قاعدة بيانات شاملة وخريطة صحية محدثة تحدد المخاطر البيئية.	مراجعة وثائق

EH.10 يوجد لدى المركز نظام مراقبة لبرنامج صحة البيئة.

أدلة الامتثال

EH.10.EC.1 يوجد نظام مراقبة لتسجيل المعلومات المتعلقة ببرنامج صحة البيئة.	مراجعة وثائق

خدمات المختبر (LB)

مقدمة

عملية تقييم / إعادة تقييم المريض لتحديد التشخيص السليم وطريقة العلاج وتقييم الخطة العلاجية لاتخاذ القرارات المستقبلية قد تتطلب خدمات المختبر. ولتلبية احتياجات المريض ينبغي لمركز الرعاية الصحية الأولية توفير الخدمات المخبرية الأساسية المطلوبة من قبل المرضى من السكان والخدمات السريرية المقدمة واحتياجات مقدم الرعاية الصحية.

ويتناول هذا الفصل ما يلي :

- الهيكل المادي
- التوظيف
- برنامج السلامة
- جمع العينات
- برنامج إدارة الأجهزة
- وضع العلامات
- إبلاغ النتائج
- برنامج إدارة الجودة

المعايير

LB.1 خدمات المختبر متاحة لتلبية احتياجات المرضى والمعايير الوطنية المعمول بها وتشمل:

LB.1.1 خدمات المختبر الأساسية متاحة (مثل اختبارات أمراض الدم واختبارات الأحياء الدقيقة والكيمياء الحيوية الأساسية).
LB.1.2 يوجد لدى المختبر إمكانية الحصول على خدمات الإحالة والاستشارة فى شكل اتفاقات.
LB.1.3 قائمة خدمات المختبر المتاحة مطبوعة وموزعة على جميع الأقسام.

أدلة الامتثال

LB.1.EC.1	خدمات المختبر المتاحة تلبي احتياجات المريض ويجب ألا تتأثر سلامة المريض بسبب عدم توفر الخدمات الأساسية.	مراجعة وثائق
LB.1.EC.2	يوجد اتفاق مكتوب مع مختبر معتمد لتوفير الإجراءات الخاصة والاستشارات.	مراجعة وثائق
LB.1.EC.3	يوجد دليل لخدمات المختبر يوضح الاختبارات المتاحة وطريقة تجميع العينات ووقت دوران الفحوصات.	مراجعة وثائق
LB.1.EC.4	يوجد دليل على موافقة الأقسام السريرية على الخدمات المتاحة ووقت دوران الفحوصات.	مراجعة وثائق

LB.2 دليل السياسات والإجراءات الحالي الخاص بالمختبر متاح بسهولة للموظفين. يجب أن يكون دليل السياسات والإجراءات منظم جيداً و:

LB.2.1 معتمد من رئيس المختبر.
LB.2.2 يراجع كل سنتين.
LB.2.3 العاملين فى المختبر على دراية بمحتويات أدلة السياسات والإجراءات المتعلقة بالأنشطة الخاصة بعملهم.

أدلة الامتثال

LB.2.EC.1	يوجد دليل شامل ومعتمد وحالى للسياسات والإجراءات.	مراجعة وثائق
LB.2.EC.2	يوجد دليل على معرفة جميع العاملين بمحتويات دليل الإجراءات.	مقابلة

LB.3 الهيكل التنظيمى للمختبر محدد ومتاح:

LB.3.1 شخص (أشخاص) مؤهل هو المسؤول عن إدارة خدمات المختبر السريرية.
LB.3.2 جميع وحدات المختبر محددة وتخضع لإشراف المدير.
LB.3.3 جميع فئات الموظفين مشمولة فى الهيكل.
LB.3.4 تسلسل القيادة يجب أن يكون واضحاً.

أدلة الامتثال

LB.3.EC.1	مدير المختبر عالم أمراض أو عالم سريرى مؤهل.	ملفات الموظفين
LB.3.EC.2	يوجد هيكل تنظيمي محدث ومعتمد للمختبر يشمل أقسام المختبر وفئات الموظفين تحت إشراف مدير المختبر.	مراجعة وثائق

LB.4 مساحة المختبر كافية لأداء وظيفته والمختبر مصان بشكل جيد وخالٍ من الفوضى ولا يؤثر سلباً على جودة العمل وسلامة الموظفين. مساحة المختبر المعينة يجب أن تحتوي على:

LB.4.1 صنابير للمياه وأحواض ومصارف كافية.

LB.4.2 مخارج كهربائية كافية ومصدر للكهرباء فى حالات الطوارئ.
LB.4.3 تهوية كافية وتحكم فى درجة الحرارة والرطوبة.
LB.4.4 إضاءة كافية.
LB.4.5 هواتف فى مواقع مناسبة مع إمكانية تحويل المكالمات.

أدلة الامتثال

LB.4.EC.1 توجد مساحة كافية للعمل الفنى والإدارى فى المختبر.	ملاحظة
LB.4.EC.2 يوجد على الأقل حوضين بالمختبر واحد لغسيل الأيدى فقط.	ملاحظة
LB.4.EC.3 الألآت الضرورية يجب أن تتصل بمصدر كهرباء يعمل فى الطوارئ.	ملاحظة
LB.4.EC.4 جميع الآلات متصلة مباشرة بمصادر الكهرباء فى الحوائط دون وجود تمديدات ومقسمات كهربائية.	ملاحظة
LB.4.EC.5 يوجد دليل على التحكم الكافى فى درجة الحرارة والرطوبة.	ملاحظة
LB.4.EC.6 يوجد هاتف فى المختبر.	ملاحظة

LB.5 يضع المختبر برنامجاً موثقاً للسلامة تحت إشراف مدير المختبر وبما يتفق مع إرشادات السلامة للمنشأة. يجب أن يشمل برنامج السلامة بالمختبر ما يلي:

LB.5.1 دليل سلامة المختبر حديث وشامل ومعتمد ومتاح لجميع العاملين بالمختبر.
LB.5.2 يتم تنفيذ السلامة من الحريق وفقاً لخطة المنشأة .
LB.5.3 علامات السلامة وأرقام الهواتف معلقة وكافية.
LB.5.4 علامة الخطر معلقة على جميع الأبواب المؤدية إلى المختبر.
LB.5.5 جميع النفايات الحادة (إبر ومحاقن وشفرات ومشارط) يتم التخلص منها في حاوية مقاومة للانثقاب وصلبة وعليها علامة.
LB.5.6 محطات غسل العيون وأدشاش الطوارئ متاحة.
LB.5.7 شفاطات الأبخرة مصدقة ومفحوصة.
LB.5.8 نظام للإبلاغ عن جميع الإصابات المهنية أو الأمراض التى تتطلب علاجاً طبياً ويتم الحفاظ على السجلات ذات الصلة.
LB.5.9 خطة فعالة للنظافة الكيميائية.

أدلة الامتثال

LB.5.EC.1 يوجد دليل حديث وشامل ومعتمد للسلامة ويشمل ولا يقتصر على (التعامل مع المخاطر والانسكابات الكيميائية وتوثيق حوادث المختبر والإبلاغ عن الإصابات ومكافحة ومنع الحريق والتعامل الآمن مع المعدات الكهربائية والتعامل مع النفايات والتخلص منها).	مراجعة وثائق
LB.5.EC.2 يوجد دليل على معرفة جميع العاملين بمحتويات دليل السلامة.	مقابلة
LB.5.EC.3 توجد سجلات التدريب على السلامة ومكافحة الحرائق.	مراجعة وثائق
LB.5.EC.4 توجد علامات سلامة كافية معلقة فى الأماكن المناسبة.	ملاحظة
LB.5.EC.5 توجد محطات لغسل العيون وأدشاش للطوارئ ويتم فحصها بطريقة منتظمة.	ملاحظة
LB.5.EC.6 شفاطات الدخان وكبائن السلامة البيولوجية يتم فحصها بطريقة منتظمة ويوثق الفحص.	ملاحظة
LB.5.EC.7 يوجد نظام فعال للإبلاغ عن الإصابات والحوادث المهنية والتحقيق فيها.	مراجعة وثائق

LB.6 ينفذ المختبر جميع قواعد وإرشادات مكافحة العدوى ، و:

LB.6.1 معدات الحماية الشخصية (قفازات وأقنعة وغطاء العين / الوجه وأغطية الجسم ومعاطف المختبر) متوفرة ويتم ارتداؤها عند الاقتضاء.
LB.6.2 يتم حظر الأكل والشرب فى المختبر.
LB.6.3 يتم تنفيذ الإحتياطات العالمية.
LB.6.4 يتم نقل جميع عينات الدم وسوائل الجسم فى حاويات مانعة للتسرب.
LB.6.5 يتم وضع علامة لتحديد مناطق العمل النظيفة والملوثة.
LB.6.6 يتم تحصين جميع العاملين بلقاح الالتهاب الكبدي الوبائى ب.
LB.6.7 يتم الاحتفاظ بالضغط السلبي فى المختبر الذى يتعامل مع مواد معدية.

أدلة الامتثال

LB.6.EC.1 معدات الحماية الشخصية متاحة ويتم استخدامها عند الاقتضاء.	ملاحظة
LB.6.EC.2 يوجد دليل على تنفيذ سياسات الاحتياطات العالمية وحظر الأكل والشرب فى المختبر.	ملاحظة
LB.6.EC.3 يوجد حاويات مانعة للتسرب لنقل العينات ويتم استخدامها.	ملاحظة
LB.6.EC.4 يوجد دليل على مراقبة الضغط السلبي فى قسم الأحياء الدقيقة.	ملاحظة
LB.6.EC.5 يوجد أدلة على التحديد الواضح للمناطق النظيفة والملوثة.	ملاحظة
LB.6.EC.6 توجد سجلات لتوضيح الوضع المناعي أو التحصين لجميع العاملين بالمختبر.	ملفات الموظفين

LB.7 يقوم المختبر بنشر وتوزيع تعليمات مكتوبة وواضحة لجمع العينات بطريقة صحيحة والتعامل معها ونقلها وتحضيرها ويشمل هذا:

LB.7.1 تعريف المريض (على الأقل وسيلتين للتعريف).
LB.7.2 تحضير المريض.
LB.7.3 جمع العينات ووضع العلامات.
LB.7.4 حفظ العينات.
LB.7.5 تخزين العينات.
LB.7.6 شروط النقل.
LB.7.7 إستلام العينات فى المختبر.

أدلة الامتثال

LB.7.EC.1 توجد تعليمات مكتوبة وواضحة لجمع العينات بطريقة صحيحة والتعامل معها ونقلها وتحضيرها ويشمل هذا جميع النقاط المذكورة أعلاه.	مراجعة وثائق
LB.7.EC.2 يتم توزيع دليل العينات الخاص بالمختبر على جميع الأقسام السريرية.	ملاحظة

LB.8 يحتفظ المختبر بالآلات والمعدات فى حالة وظيفية مناسبة عن طريق إنشاء نظام يتم من خلاله تشغيل جميع المعدات بشكل صحيح وتنظيفها ومراقبة جودتها ويشمل هذا النظام ولايقتصر على:

LB.8.1 دليل التشغيل والخدمة.
LB.8.2 الجدول الزمنى للصيانة.
LB.8.3 تقارير الصيانة.

أدلة الامتثال

LB.8.EC.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة لمراقبة تشغيل الآلات والمعدات بالإضافة إلى	مراجعة وثائق

الصيانة الوقائية.

LB.8.EC.2 توجد سجلات صيانة متاحة لجميع معدات المختبر.	مراجعة وثائق

LB.9 **يتم وضع العلامات على الكواشف والمحاليل بشكل صحيح ، حسب مقتضى الحال والمناسبة ، وتشمل العلامات العناصر التالية:**

- LB.9.1 المحتوى والكمية والتركيز و/ أو العيار.
- LB.9.2 متطلبات التخزين.
- LB.9.3 تاريخ الإعداد أو التحضير بالمختبر.
- LB.9.4 تاريخ إنتهاء الصلاحية.
- LB.9.5 يتم تخزين وإستخدام جميع الكواشف وفقاً لتوصيات الشركة المصنعة.
- LB.9.6 جميع الكواشف المستخدمة يجب أن تكون ضمن تاريخ إنتهاء الصلاحية المشار إليه.
- LB.9.7 عند وجود مركبات عديدة فى مجموعة الكاشف فإن المختبر يستعمل مركبات الكاشف ضمن نفس المجموعة مالم ينص على خلاف ذلك من قبل الشركة المصنعة.
- LB.9.8 يتم فحص أنواع الكواشف الجديدة قبل وضعها فى الخدمة أو بالتزامن مع ذلك ومقارنتها مع الأنواع القديمة أو بالمقارنة مع مادة مراقبة الجودة الملائمة.
- LB.9.9 النشرات الداخلية الحديثة متوفرة لجميع الكواشف المستخدمة من قبل المختبر.

أدلة الامتثال

LB.9.EC.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة لإعداد الكواشف ووضع العلامات والتخزين وانتهاء الصلاحية.	مراجعة وثائق
LB.9.EC.2 توجد نشرات داخلية للكواشف التجارية والمجموعات.	مراجعة وثائق
LB.9.EC.3 يتم وضع العلامات على الكواشف بناءً على سياسة المختبر.	ملاحظة

LB.10 **يوجد لدى المختبر نظام واضح لإبلاغ النتائج ويشمل:**

- LB.10.1 تحديد وقت دوران الفحص لجميع خدمات المختبر.
- LB.10.2 تعريف القيم الخطيرة (النتائج الحرجة) وطريقة إبلاغها.

أدلة الامتثال

LB.10.EC.1 يوجد دليل على أن وقت دوران الفحص لجميع خدمات المختبر محدد ومنشور وتم الموافقة عليه من قبل الأقسام السريرية.	مقابلة
LB.10.EC.2 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة للإبلاغ عن القيم الخطيرة (النتائج الحرجة).	مراجعة وثائق
LB.10.EC.3 توجد سجلات لاثبات عملية إبلاغ القيم الخطيرة بطريقة صحيحة.	مراجعة وثائق

LB.11 **يوجد لدى المختبر برنامج لإدارة الجودة معتمد من مدير المختبر ومتاح لجميع العاملين بالمختبر. يجب أن يتكامل برنامج إدارة الجودة بالمختبر مع برنامج المركز ويشمل:**

- LB.11.1 يتم اختيار مؤشرات جودة رئيسية ومراقبتها وتقييمها للكشف عن المشاكل المحتملة.
- LB.11.2 نظام إبلاغ عن الأحداث العكسية والحوادث لتجنب التكرار.
- LB.11.3 نظام اختبار الكفاءة لكل تحليل يتم الإبلاغ عنه إما عن طريق المشاركة فى اختبار كفاءة خارجي أو عمل اختبار كفاءة داخلي بديل.
- LB.11.4 يتم اتخاذ إجراء تصحيحي و/ أو وقائي ، عند الاقتضاء ، وعند عدم الحصول على النتائج المتوقعة.

أدلة الامتثال

LB.11.EC.1	يوجد برنامج مكتوب لإدارة الجودة يفي بجميع العناصر المذكورة أعلاه.	مراجعة وثائق
LB.11.EC.2	يوجد دليل على تحديد مؤشرات جودة رئيسية للمختبر.	مراجعة وثائق
LB.11.EC.3	يوجد دليل على المشاركة في اختبارات الكفاءة الخارجية و/أو الداخلية بحيث تغطي جميع التحاليل المختبر.	مراجعة وثائق
LB.11.EC.4	يوجد دليل على الإبلاغ الفعال عن الأحداث العكسية ووجود نظام للتحقيق.	مراجعة وثائق
LB.11.EC.5	يوجد دليل على اتخاذ تدابير تصحيحية و / أو وقائية عند عدم الحصول على النتائج المتوقعة.	مراجعة وثائق

خدمات الأشعة (RS)

مقدمة

عملية فحص/ إعادة فحص المريض لتحديد التشخيص السليم وطريقة العلاج وتقييم الخطة العلاجية لاتخاذ القرارات المستقبلية قد تتطلب خدمات الأشعة. ولتلبية احتياجات المريض ينبغي لمركز الرعاية الصحية الأولية توفير خدمات الأشعة الأساسية المطلوبة من قبل المرضى من السكان والخدمات السريرية المقدمة واحتياجات مقدم الرعاية الصحية. ومن المتوقع أن يلبي القسم من الناحية الإنشائية التوجيهات الوطنية الضرورية بشأن السلامة من الإشعاع.

ويتناول هذا الفصل مايلي:

- الهيكل المادي
- التوظيف
- برنامج السلامة
- إبلاغ النتائج (بما فى ذلك النتائج الخطيرة)

المعايير

RS.1 يوجد بالمركز دليل خدمات الأشعة ، والذي:

- RS.1.1 يكون محدثاً ومتاحاً ومعروفاً لدى جميع الموظفين المعنيين.
- RS.1.2 يشمل نطاق خدمات الأشعة.
- RS.1.3 يشمل السياسيات والإجراءات لخدمات الأشعة.
- RS.1.4 يشمل أدوار ومسئوليات الموظفين المعنيين.
- RS.1.5 يشمل النماذج والسجلات المطلوبة لخدمات الأشعة.
- RS.1.6 يشمل برنامج مراقبة الجودة.
- RS.1.7 يشمل برنامج للحماية من الإشعاع.
- RS.1.8 يشمل مؤشرات لمراقبة وتقييم وتحسين الأداء.

أدلة الامتثال

RS.1.EC.1 يوجد دليل مكتوب ومحدث لبرنامج خدمات الأشعة يشمل RS.1.2 إلى RS.1.8.	مراجعة وثائق
RS.1.EC.2 الدليل متاح ومعروف لدى الموظفين.	مقابلة
RS.1.EC.3 يشمل البرنامج مؤشرات للأداء والتي تستخدم لتحسين الأداء.	مراجعة وثائق

RS.2 يتم تشغيل وتقديم خدمات الأشعة عن طريق عدد كافٍ من الموظفين المؤهلين.

أدلة الامتثال

RS.2.EC.1 يوجد عدد كافٍ من موظفي خدمات الأشعة والمسجلين لدى الهيئة السعودية للتخصصات الصحية.	ملفات الموظفين

RS.3 المعدات والمستلزمات اللازمة متوفرة لتقديم خدمات الأشعة.

أدلة الامتثال

RS.3.EC.1 جميع معدات ومستلزمات خدمات الأشعة اللازمة متوفرة بكميات كافية.	ملاحظة

RS.4 مساحة قسم الأشعة كافية لأداء وظيفته والقسم مصان بشكل جيد وخالٍ من الفوضى ولا يؤثر سلباً على جودة العمل وسلامة الموظفين. مساحة القسم المعينة يجب أن تحتوي على:

- RS.4.1 مساحة كافية وملائمة للعمل.
- RS.4.2 أماكن انتظار بوحدة الأشعة مريحة وتراعي خصوصية المرضى.
- RS.4.3 منطقة تخزين مناسبة لأفلام الأشعة السينية ومواد التحميض.

أدلة الامتثال

RS.4.EC.1 المساحة المتاحة لخدمات الأشعة كافية وملائمة للعمل.	ملاحظة
RS.4.EC.2 يوجد منطقة انتظار لوحدة الأشعة مريحة وتراعي خصوصية المرضى.	ملاحظة
RS.4.EC.3 توجد منطقة تخزين مناسبة لأفلام الأشعة السينية ومواد التحميض.	ملاحظة

RS.5 يوجد بروتوكول أو خطة للسلامة من الإشعاع لحماية الموظفين والمرضى والبيئة ويشمل هذا على الأقل مايلي:

RS.5.1 يتم فحص وتفقد جميع الأجهزة بانتظام عن طريق مسؤول سلامة ذو خبرة.
RS.5.2 تستخدم جميع المواد المشعة وفقاً للتوجيهات ويقوم مسؤول السلامة بالإشراف على النشاط بالوحدة.
RS.5.3 تحذيرات السلامة معلقة في مواقع واضحة وملائمة على الأبواب.
RS.5.4 يتم فحص المرأة لاحتمال كونها حاملاً قبل إجراء الأشعة السينية ويشترط نموذج طلب الأشعة السينية سؤال الأطباء للمريض.
RS.5.5 يتم مراقبة تعرض الموظفين للإشعاع :
RS.5.5.1 يتم فحص جهاز قياس الإشعاع (TLD) بانتظام لجميع موظفي الأشعة.
RS.5.5.2 الفحص الدوري لخلايا الدم البيضاء لجميع العاملين في قسم الأشعة.
RS.5.6 تدابير الحماية الشخصية من الإشعاع متاحة للعاملين والمرضى.

أدلة الامتثال

RS.5.EC.1 يوجد برنامج شامل ومكتوب للحماية من الاشعاع.	مراجعة وثائق
RS.5.EC.2 تحذيرات السلامة معلقة حسب الحاجة.	ملاحظة
RS.5.EC.3 يوجد دليل على وجود RS.5.1 إلى RS.5.6.	مراجعة وثائق

RS.6 يكتب الأطباء الذين يطلبون إجراءات الأشعة السينية جميع البيانات اللازمة في نموذج طلب الأشعة.

أدلة الامتثال

RS.6.EC.1 جميع البيانات اللازمة مكتوبة في نموذج طلب الأشعة عن طريق الطبيب الذي يطلب الإجراء.	مراجعة السجل الصحي

RS.7 يتم توفير تقاريرالأشعة في وقت إبلاغ محدد وفقا لاحتياجات المريض.

أدلة الامتثال

RS.7.EC.1 يوجد دليل على توفر جميع التقارير الإشعاعية خلال أوقات الإبلاغ المحددة.	مراجعة السجل الصحي

RS.8 توجد حافظة رئيسية للأشعة السينية أو طريقة للوصول إلى جميع الفحوصات الإشعاعية السابقة المحفوظة لكل مريض.

أدلة الامتثال

RS.8.EC.1 جميع الدراسات الإشعاعية المحفوظة موجودة في حافظة رئيسية لكل مريض ويمكن الوصول إليها.	ملاحظة

RS.9 تتم قراءة جميع فحوصات الموجات فوق الصوتية من قبل موظفين مسجلين.

أدلة الامتثال

RS.9.EC.1 يوجد دليل على أن موظفين مسجلين يقرؤون ويكتبون التقارير الخاصة بجميع	ملفات الموظفين

فحوصات الموجات فوق الصوتية.

RS.10 توجد سياسية لتبليغ النتائج الخطرة لأفلام الأشعة السينية مباشرةً إلى التخصص الذي طلب الفحص (على سبيل المثال :وجود هواء تحت الحجاب الحاجز).

أدلة الامتثال

RS.10.EC.1 توجد سياسة مكتوبة للإبلاغ الفوري عن "النتائج الخطرة" للطبيب الذي طلب الفحص.	مراجعة وثائق
RS.10.EC.2 يوجد دليل على تنفيذ سياسة النتائج الخطرة.	مقابلة

خدمات الصيدلة (PH)

مقدمة

يعتبر استخدام الدواء عنصراً هاماً فى علاج الكثير من الأمراض والحالات ، ومع ذلك قد يسبب سوء استخدام الأدوية ضرراً كبيراً للمرضى. ولذلك ينبغي تنظيم الخدمات الصيدلانية وإدارتها لتوفير خدمات صيدلية آمنة بكفاءة وفاعلية. وحقيقةً يعزز نظام إدارة الأدوية الجيد سلامة المرضى وجودة الرعاية.

وتشمل معايير الخدمات الصيدلانية العمليات والأنشطة التالية :

- طلب الدواء
- أمن وسلامة الأدوية
- نظام دليل الأدوية
- وضع العلامات
- صرف الأدوية
- إعطاء الأدوية
- التخزين
- الأدوية الطارئة
- رصد آثار الأدوية
- تحديد وإبلاغ الأخطاء الدوائية
- تحديد وإبلاغ الأحداث الدوائية العكسية والاستجابة لها
- استرجاع الأدوية والتعامل مع الأدوية المسترجعة
- إدارة الأدوية الخاضعة للرقابة

المعايير

PH.1 يوجد لدى المركز قسم للصيدلية برئاسة صيدلي مؤهل

PH.1.1 رئيس الصيدلية مؤهل و مسجل مهنيا (يحمل شهادة بكالوريوس في الصيدلة).

PH.1.2 يوقع رئيس الصيدلية على وصف وظيفي محدث .

PH.1.3 رئيس الصيدلية لديه ترخيص الهيئة السعودية للتخصصات الصحية ساري المفعول.

PH.1.4 رئيس الصيدلية لديه خبرة بالعمل في مرفق للرعاية الصحية على الأقل سنة واحدة.

أدلة الامتثال

PH.1.EC.1 يوجد صيدلي مؤهل ومدرب (بكالوريوس في الصيدلة وخبرة في الرعاية الصحية الأولية). ملفات الموظفين

PH.1.EC.2 يوجد وصف وظيفي ساري لرئيس الصيدلية. ملفات الموظفين

PH.2 يوجد لدى الصيدلية طاقم مؤهل ومرخص :

PH.2.1 جميع موظفي الصيدلية لديهم دليل على ترخيص ساري المفعول من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية لمزاولة المهنة في المملكة العربية السعودية.

PH.2.2 يوقع جميع العاملين بالصيدلية على وصف وظيفي محدث.

أدلة الامتثال

PH.2.EC.1 جميع موظفي الصيدلية مؤهلين ومرخصين من قبل الهيئة السعودية للتخصصات الصحية. ملفات الموظفين

PH.2.EC.2 جميع موظفي الصيدلية لديهم وصف وظيفي حديث. ملفات الموظفين

PH.3 يشكل المركز لجنة متعددة التخصصات لمراقبة عملية تدبير الأدوية والاشراف عليها.

أدلة الامتثال

PH.3.EC.1 توجد شروط مرجعية للجنة (لجان) تدبير الأدوية تشمل وظيفة اللجنة والعضوية والنصاب وتكرر الاجتماعات واعتماد وتوزيع المحاضر. مراجعة وثائق

PH.3.EC.2 تعكس محاضر اجتماعات اللجنة (اللجان) مناقشة تدبير الأدوية. مراجعة وثائق

PH.4 يوجد لدى صيدلية المركزعملية للتعليم المستمر والتدريب للموظفين عن طريق:

PH.4.1 سياسة مكتوبة وبرنامج محدد للتعريف بالصيدلية والتعليم المستمر.

PH.4.2 يتم التعريف بالصيدلية لجميع الموظفين المعينين حديثا بالصيدلية.

PH.4.3 أنشطة التعليم المستمر (حضورالمحاضرات والمؤتمرات والندوات ، و/ أو التعليم عن بعد مثل الشبكة العنكبوتية أو مقالات التعليم المستمر).

PH.4.4 يوجد لدى صيدلية المركزالأدلة المرجعية و / أو السياسات التالية (دليل السياسات والإجراءات ذات الصلة ودليل مكافحة العدوى ودليل السلامة ودليل تشغيل الأجهزة ودليل بيانات سلامة المواد).

أدلة الامتثال

PH.4.EC.1 توجد سياسة مكتوبة عن برنامج التعريف بالصيدلية وبرنامج التعليم المستمر. مراجعة وثائق

PH.4.EC.2 يوجد دليل على استكمال الموظفين للبرنامج التعريفي بالصيدلية وبرنامج التعليم المستمر. ملفات الموظفين

PH.4.EC.3 جميع الأدلة اللازمة (دليل الصيدلية ، ومكافحة العدوى ، وتشغيل المعدات ، ودليل بيانات سلامة المواد) متوفرة في الصيدلية. ملاحظة

PH.5 توجد قائمة بتوقيعات الطاقم الطبي المصرح لهم بوصف الدواء :

PH.5.1 تحتوي القائمة على اسم الطبيب والتوقيع والرقم الوظيفي والتخصص والختم أو الرقم الكودي (إذا توفر) ويتم تجديدها سنويا.

PH.5.2 تتوفر نسخة واضحة لقائمة التوقيعات لدى موظفي الصيدلية في أماكن صرف الدواء.

PH.5.3 موظفو الصيدلية على دراية بهذه القائمة.

PH.5.4 يسمح للأطباء المصرح لهم فقط بوصف الأدوية.

أدلة الامتثال

PH.5.EC.1 سجلات شاملة ومحدثة بتوقيعات المصرح لهم بوصف الأدوية متوفرة في الصيدلية. ملاحظة

PH.5.EC.2 موظفو الصيدلية على دراية بسجلات التوقيعات. مقابلة

PH.6 توجد قائمة محدثة للأطباء المصرح لهم بوصف الأدوية وامتيازات الوصف الخاصة بهم:

PH.6.1 تحتوي القائمة على تخصصات الأطباء وامتيازات الوصف الدوائى.

PH.6.2 تعرف القائمة امتيازات الوصف بشكل واضح خصوصاً للمخدرات والأدوية الخاضعة للرقابة والأدوية النفسية ، الخ.

PH.6.3 يتم تحديث القائمة كل عام ، وعند تعيين أطباء جدد بالمركز.

PH.6.4 يتم توفير نسخة واضحة من قائمة الامتيازات لموظفي الصيدلية في أماكن صرف الدواء.

PH.6.5 موظفي صيدلية المركز على دراية بالقائمة.

PH.6.6 يوجد دليل واضح على التطبيق السليم.

أدلة الامتثال

PH.6.EC.1 توجد قائمة شاملة ومحدثة لامتيازات وصف الأدوية للطاقم الطبي متوفرة في الصيدلية. ملاحظة

PH.6.EC.2 قائمة الامتيازات محددة بوضوح ومعتمدة من الصيدلية ولجنة الصيدلة والدواء. مراجعة وثائق

PH.6.EC.3 يتم تطبيق امتيازات وصف الدواء بشكل سليم. مقابلة

PH.7 يتوفر لدى الصيدلية مراجع كافية عن معلومات الأدوية ، مثل:

PH.7.1 دليل الأدوية السعودي الوطني .

PH.7.2 دليل الأدوية البريطاني.

PH.7.3 دليل الشرق الأوسطِ الطبي للأدوية.

PH.7.4 رقم هاتف أقرب مركز للسموم متاح ومعلق بالصيدلية.

أدلة الامتثال

PH.7.EC.1 يوجد ما يكفي من موارد المعلومات عن الأدوية (مثل دليل الأدوية السعودي الوطني ، دليل الأدوية البريطاني ، دليل الشرق الأوسطِ الطبي للأدوية). ملاحظة

PH.7.EC.2 رقم هاتف أقرب مركز للسموم معلق بالصيدلية.	ملاحظة

PH.8 مساحة الصيدلية كافية ، وساعات العمل محددة ومعلنة ومتبعة:

PH.8.1 المساحة المعطاة لخدمات الصيدلية تسمح بالقيام بالوظائف الرئيسية بكفاءة وفعالية.

PH.8.2 يتم تعريف ساعات عمل الصيدلية بشكل واضح في سياسة وإجراء ويعلن عنها عند مدخل الصيدلية .

أدلة الامتثال

PH.8.EC.1 الصيدلة لديها المساحة الكافية لتعمل بكفاءة.	ملاحظة
PH.8.EC.2 جدول العمل الشهرى بالصيدلة متاح ومعلن.	ملاحظة
PH.8.EC.3 ساعات العمل بالصيدلة معروفة ومعلنة.	ملاحظة

PH.9 يتم توفيرالتدابير الأمنية الخاصة بالصيدلية وتشمل :

PH.9.1 محدودية الوصول إلى الصيدلية.

PH.9.2 بطاقات الأسماء واضحة لجميع العاملين.

PH.9.3 الإجراءات الصحيحة لإغلاق الصيدلية بعد ساعات العمل.

PH.9.4 إغلاق أبواب ونوافذ الصيدليةَ أثناء ساعات العمل.

PH.9.5 التعريف بالأشخاص الذين لديهم مفاتيح الصيدلية.

PH.9.6 وجود سياسية تحدد من يصرح لهم من غير العاملين بالصيدلية بالدخول بعد ساعات العمل في حالات الطوارئ (حريق، فيضان، الخ) .

أدلة الامتثال

PH.9.EC.1 توجد تدابير أمنية مناسبة للصيدلة (بطاقات الأسماء واضحة ، محدودية الوصول إلى الصيدلية ، والأبواب والنوافذ مغلقة أثناء ساعات العمل ، وتحديد من يحمل مفتاح الصيدلية ، الخ.)	ملاحظة
PH.9.EC.2 توجد سياسة وإجراءات مكتوبة لفتح الصيدلية في حالات الطوارئ بعد ساعات العمل.	مراجعة وثائق

PH.10 يتم توفير تدابيرالسلامة وتشمل ولا تقتصر على :

PH.10.1 الاحتفاظ بقائمة للمواد الخطرة يسهل الحصول عليها في مواقع التخزين والاستعمال.

PH.10.2 الاحتفاظ بسجلات بيانات سلامة المواد بحيث يسهل الحصول عليه في مواقع تخزين واستعمال المواد الخطرة.

PH.10.3 الاحتفاظ بمجموعة التعامل مع المواد المنسكبة في مواقع تخزين واستعمال المواد الخطرة.

PH.10.4 تدريب جميع العاملين على كيفية التعامل مع المواد المنسكبة.

أدلة الامتثال

PH.10.EC.1 توجد سياسة مكتوبة وإجراء لتحديد المواد الخطرة والتعامل معها ، وتخزينها ، ونقلها بطريقة آمنة (المواد الكيميائية ، والعلاج الكيميائي ، والمواد القابلة للاشتعال ، الخ.)	مراجعة وثائق
PH.10.EC.2 يتم تخزين المواد الخطرة بطريقة آمنة (قائمة المواد الخطرة ، وخزانات آمنة والتهوية جيدة ، والأرفف منخفضة ، والحاوية الأصلية المعلمة).	ملاحظة
PH.10.EC.3 معدات الحماية الشخصية ، ومحطة غسيل العين ، وسجل بيانات سلامة المواد ، ومجموعات التعامل مع المواد المنسكبة متوفرة.	ملاحظة

PH.10.EC.4 يتم تدريب الموظفين على التعامل مع الانسكابات والتخلص من النفايات. مقابلة

PH.11 يوجد لدى الصيدلية سياسات وإجراءات داخلية محدثة لجميع الخدمات المتوفرة:

PH.11.1 كافة السياسات والإجراءات المعتمدة مكتوبة على النموذج المعتمد للمركز ويتم تحديثها كل سنتين.

PH.11.2 يسهل حصول جميع العاملين بالصيدلية على السياسات والإجراءات في جميع الأوقات وتكون معروفة لديهم.

أدلة الامتثال

PH.11.EC.1 السياسات والإجراءات الداخلية بالصيدلية كاملة ، ومحدثة (كل سنتين) ومعتمدة. مراجعة وثائق

PH.11.EC.2 يتم عمل سياسات متعددة التخصصات عند الضرورة. مراجعة وثائق

PH.11.EC.3 سياسات الصيدلية متاحة لجميع العاملين بالصيدلية وهم على دراية بها. مقابلة

PH.12 يوجد لدى المركز نظام دليل أدوية محدث:

PH.12.1 يحتوى دليل الأدوية على جميع الأدوية الأساسية المعتمدة من وزارة الصحة السعودية أو غيرها من الهيئات التنظيمية ذات الصلة ويتم تحديث الدليل سنوياً.

PH.12.2 دليل الأدوية متاح لفريق الرعاية الصحية.

PH.12.3 يتم تعريف الأطباء المعينين حديثاً بدليل الأدوية.

PH.12.4 يتبع أطباء المركز دليل الأدوية بطريقة ملائمة.

أدلة الامتثال

PH.12.EC.1 يوجد لدى المركز دليل للأدوية يتم تحديثه سنوياً ويحتوي على جميع الأدوية الأساسية. مراجعة وثائق

PH.12.EC.2 دليل الأدوية متاح لفريق الرعاية الصحية. ملاحظة

PH.12.EC.3 دليل الأدوية جزء من البرنامج التعريفي العام. مقابلة

PH.13 دليل أدوية المركز منظم جيداً ويشمل جميع الأدوية الأساسية:

PH.13.1 يشمل دليل أدوية المركز على الأقل معلومات عن الاسم العلمي للدواء، وتركيبات المستحضر، والتركيز، والتقسيم العلاجي، ووصف مختصر لكيفية الوصف.

PH.13.2 دليل أدوية المركز مفهرس جيداً باستخدام الفهرسة الأبجدية للأدوية المتاحة بالأسماء العلمية والتجارية معاً.

PH.13.3 يحتوي دليل الأدوية في جزء خاص على قائمة الاختصارات المسموح استخدامها وتلك التي يمنع استخدامها أثناء وصف الدواء ويوجد ما يدل على تطبيقها.

PH.13.4 يحتوي دليل الأدوية في جزء خاص على تعليمات استخدام المضادات الحيوية (الوقائية والعلاجية) ويوجد ما يدل على تطبيقها.

أدلة الامتثال

PH.13.EC.1 يحتوي دليل أدوية المركز على الاسم العلمي ، وتركيب المستحضر، والتركيز، والتقسيم العلاجي، ووصف لكيفية الوصف ، وتعليمات استخدام المضادات الحيوية وفهرس أبجدي. مراجعة وثائق

PH.13.EC.2 يوجد دليل على تطبيق اختصارات الوصفات المعتمدة وتعليمات استخدام المضادات الحيوية. ملاحظة

PH.14 يوجد لدى صيدلية المركز نظام للتعامل مع الوصفات الطبية للمرضى ويشمل هذا :

PH.14.1 يتأكد الصيدلي من اكتمال البيانات الأساسية للوصفة الطبية : اسم المريض ، ورقم السجل الصحي ، والعمر، والجنس ووزن الجسم (للأطفال وعند الحاجة) والتشخيص ، ووجود حساسية ، واسم الطبيب ، والتوقيع والختم ، ورقم العيادة والتاريخ.

PH.14.2 يتحقق الصيدلي من جميع أوامر الطبيب من حيث مطابقة الدواء مع التشخيص ، صحة الجرعة ، عدد مرات أخذ الدواء ، طريقة الاستعمال ، فترة العلاج وكذلك التداخلات الدوائية.

PH.14.3 يتم وصف وصرف الدواء حسب دواعي الاستعمال المعتمدة كما يتضح من التشخيص المعطى.

PH.14.4 يوجد إجراء لتدخل قسم الصيدلية وطلب توضيح طلب الطبيب.

PH.14.5 توجد سياسة لصرف الوصفات وتكرير صرف الوصفات.

PH.14.6 تبلغ الصيدلية الطبيب في حالة عدم توفر الدواء الموصوف.

PH.14.7 يوجد تقييم ومراقبة وتوثيق للتفاعلات الدوائية مع بعضها وتفاعلات الدواء مع الغذاء.

PH.14.8 تتم إعادة مراجعة الوصفة من قبل شخص مؤهل قبل عملية الصرف.

أدلة الامتثال

PH.14.EC.1	توجد سياسة مكتوبة عن كيفية التعامل مع الوصفات الطبية للمرضى والتي تشمل PH.14.1 إلى PH.14.8.	مراجعة وثائق
PH.14.EC.2	جميع الوصفات تحتوي على اسم المريض ، ورقم السجل الصحي ، والعمر ، والجنس ، والتشخيص ، والحساسية ، و اسم الطبيب/الختم ، والتوقيع ، ورقم العيادة والتاريخ.	ملاحظة

PH.15 يوجد لدى صيدلية المركز نظام لتعريف الأدوية ووضع ملصقات عليها ويشمل ذلك:

PH.15.1 يتم وضع ملصقة للتعريف على كل دواء عند صرفه باللغة العربية و/أو الإنجليزية طبقاً لرغبة المريض.

PH.15.2 الملصق التعريفي يوضح اسم المركز ، واسم المريض ، ورقم السجل الصحي، والاسم العلمي للدواء، والتركيز، والجرعة، وطريقة الاستعمال وتاريخ انتهاء صلاحية الدواء.

PH.15.3 يتم استعمال الملصقات الإرشادية الملونة عند الحاجة (على سبيل المثال للتبريد، لا يبرد، يرج قبل الاستعمال، للاستعمال الخارجي فقط ، الخ).

أدلة الامتثال

PH.15.EC.1	الأدوية المصروفة عليها علامات آمنة تشمل اسم المريض ، ورقم السجل الصحي ، والاسم العلمي للدواء، والتركيز، والجرعة، وطريقة الاستعمال وتاريخ انتهاء صلاحية الدواء.	ملاحظة
PH.15.EC.2	تلصق الملصقات الرئيسية وجميع الملصقات الإرشادية الملونة على حاوية الدواء مباشرةً بعد إزالة الكارتون الخارجي.	ملاحظة

PH.16 يوجد لدى صيدلية المركز نظام لتخزين الأدوية العادية في الصيدلية ، والمخزن ، وأماكن تقديم الخدمة للمرضى ويشمل ذلك:

PH.16.1 يوجد مستودع ملائم للأدوية العادية مع التحكم في درجة الحرارة بين 18 و 25 درجة مئوية على مدار الساعة.

PH.16.2 يتم حفظ الأدوية بطريقة مرتبة لمنع الاختلاط مع وجود ملصق تعريفي باسم الدواء وتاريخ انتهاء الصلاحية . ولا يسمح بوجود أدوية على الأرض ولا في الرفوف العليا. يتم ترك مسافة 45 سنتيمتر من السقف.

PH.16.3 يتم تخزين المعقمات والمطهرات والأدوية ذات الاستعمال الخارجي بعيداً عن الأدوية المعطاة بالفم وأدوية الحقن.

أدلة الامتثال

PH.16.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لتخزين الأدوية العادية. مراجعة وثائق

PH.16.EC.2 يتم تخزين الأدوية بطريقة منظمة لتجنب الاختلاط مع وجود ملصق تعريفي باسم الدواء وتاريخ انتهاء الصلاحية . ولا يسمح بوجود أدوية على الأرض ولا في الرفوف العليا (اترك 45 سنتيمتر من السقف). ملاحظة

PH.16.EC.3 يتم تخزين الأدوية في منطقة تخزين مناسبة: نظيفة وجافة ومنظمة ، مع وجود حماية للإضاءة مع التحكم في درجة الحرارة بين 18 و 25 درجة مئوية على مدار الساعة. ملاحظة

PH.16.EC.4 يتم تخزين المعقمات والمطهرات والأدوية ذات الاستعمال الخارجي بشكل منفصل. ملاحظة

PH.17 يوجد لدى صيدلية المركز نظام لحفظ اللقاحات والأدوية التي تحتاج للتبريد في الصيدلية ، والمخزن ، وأماكن تقديم الخدمة للمرضى ويشمل ذلك:

PH.17.1 يتوفر بالصيدلية ثلاجات لحفظ اللقاحات والأدوية التي تحتاج للتبريد.

PH.17.2 توجد قائمة بمحتويات الثلاجة (الأدوية والمستحضرات الصيدلانية) مع تاريخ انتهاء الصلاحية معلقة على الثلاجة.

PH.17.3 يتم تسجيل درجة التبريد بالثلاجة يومياً. درجة الحرارة المناسبة للثلاجة بين 2-8 درجات مئوية ، درجة الحرارة المناسبة للمجمد بين -10 إلى -25 درجة مئوية.

PH.17.4 يتم تجهيز ثلاجات الأدوية والمجمدات بترمومترات ملائمة أو أداة مكافئة لتسجيل درجة الحرارة ونماذج لتسجيل درجة الحرارة.

PH.17.5 يتم توصيل ثلاجة الأمصال واللقاحات بمصدر كهربائي للطوارئ (يتم تعليم مأخذ الكهرباء) ويتم تسجيل درجة الحرارة يومياً أو استخدام عملية مكافئة لمراقبة درجة الحرارة على مدار الساعة.

PH.17.6 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة ومطبقة للتعامل مع الأدوية عند انقطاع التيار الكهربائي أو عندما تكون درجة الحرارة خارج النطاق المسموح.

PH.17.7 لا يسمح بوجود مواد غذائية أو مشروبات أو عينات حيوية داخل ثلاجات الأدوية.

أدلة الامتثال

PH.17.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لتخزين الأدوية التي تحتاج للتبريد واللقاحات ، والتعامل مع الأدوية والمستحضرات الصيدلانية في حال انقطاع التيارالكهربائي. مراجعة وثائق

PH.17.EC.2 يتم على الأقل يومياً رصد وتسجيل درجة حرارة الثلاجات (2-8 درجة مئوية) والمجمدات (-10 إلى -25 درجة مئوية). ملاحظة

PH.17.EC.3 ثلاجة (ثلاجات) الأمصال متصلة بمصدر كهربائي للطوارئ ويتم تسجيل درجة الحرارة على مدار الساعة. ملاحظة

PH.17.EC.4 توجد قائمة بمحتويات الثلاجة مع تاريخ الصلاحية معلقة على باب الثلاجة. ملاحظة

PH.18 يوجد لدى الصيدلية نظام لضمان الحفاظ على ثبات الدواء المتاح في عبوات متعددة الجرعات:

PH.18.1 تضع وتراقب الصيدلية مجموعة من التعليمات لضمان الحفاظ على ثبات القواريرمتعددة الجرعات، واللقاحات، والسائل المعطى عن طريق الفم متعدد الجرعة والأدوية الأخرى (مثل قطرات العين والأنف والأذن ، والكريمات ، والمراهم ، وسوائل الاستنشاق).

PH.18.2 تضمن الصيدلية أن تحمل جميع الحاويات المفتوحة متعددة الجرعات ملصقة عليها تاريخ الفتح وتاريخ انتهاء الصلاحية والحروف الأولى من الاسم ووقت الفتح (عند الضرورة).

PH.18.3 تضمن الصيدلية عدم وجود حاويات متعددة الجرعة منتهية الصلاحية ومفتوحة أو غير معرفة ومفتوحة في أماكن تقديم الخدمة للمرضى.

أدلة الامتثال

PH.18.EC.1 يوجد لدى الصيدلية تعليمات لضمان الحفاظ على ثبات الدواء الموجود في حاويات وقوارير متعددة الجرعات في جميع وحدات رعاية المرضى. — مراجعة وثائق

PH.18.EC.2 يتم التعريف السليم للقوارير والحاويات متعددة الجرعات بعد أول استخدام. — ملاحظة

PH.19 يوجد لدى صيدلية المركز نظام يضمن جاهزية عربة الطوارئ وحقائب الطوارئ وأدوية الطوارئ:

PH.19.1 وضع مجموعة من التعليمات الخاصة بأدوية عربة الطوارئ والمحافظة عليها.

PH.19.2 تحديث قائمة أدوية عربة الطوارئ وفقا لتوصيات جمعية القلب السعودية / الأمريكية.

PH.19.3 حماية أدوية الطوارئ من الفقدان أو السرقة باستعمال أقفال السلامة البلاستيكية.

PH.19.4 حفظ الأقفال البلاستيكية في مكان آمن تحت إشراف الصيدلية أو التمريض.

PH.19.5 مراقبة أدوية الطوارئ ، وأدوية عربة الطوارئ واستبدالها في الوقت المناسب بعد الاستعمال أو عند انتهاء الصلاحية أو عند تضررها.

PH.19.6 إجراء مراجعة شهرية موثقة لعربة الطوارئ والحقائب الطبية بالطوارئ والحفاظ على السجلات في الصيدلية.

أدلة الامتثال

PH.19.EC.1 توجد عربات للطوارئ وحقائب طبية للطوارئ ، وأقفال بلاستيكية. — ملاحظة

PH.19.EC.2 الصيدلية لديها تعليمات لتوحيد محتويات عربة الطوارئ من الدواء (وفقاً لتوصيات جمعية القلب السعودية / الأمريكية). — مراجعة وثائق

PH.19.EC.3 يوجد سجلات مراجعة شهرية لعربة وأدوية الطوارئ والحقائب الطبية بالطوارئ. — ملاحظة

PH.20 يتوفر نظام لمراقبة الحساسية من الأدوية ويشمل على التالي:

PH.20.1 توجد آلية مكتوبة لضمان معرفة الطبيب المعالج لحساسية الأدوية وتبليغها كتابياً إلى الصيدلية.

PH.20.2 يجب توثيق وجود أي حساسية من الأدوية في ملف الأدوية الخاص بكل مريض قبل صرف أي الدواء.

PH.20.3 توجد آلية مكتوبة تسمح بتدخل الصيدلية بما في ذلك وقف صرف الدواء عند ثبوت وجود حساسية عند المريض من الدواء الموصوف.

أدلة الامتثال

PH.20.EC.1 توجد آلية مكتوبة لمراقبة الحساسية للأدوية (التعرف على الحساسية ، والتوثيق والتبليغ ، وتدخل الصيدلية). — مراجعة وثائق

PH.20.EC.2 يتم وضع علامة على السجل الصحي للمريض عند وجود حساسية للدواء. — ملاحظة

PH.21 توجد عملية لاكتشاف ورصد وتبليغ التفاعلات العكسية للأدوية / اللقاحات وتشمل:

PH.21.1 سياسة وإجراءات مكتوبة عن التفاعلات العكسية للأدوية.

PH.21.2 تعريف التفاعلات العكسية الخطيرة والإطار الزمني للتبليغ عنها.

PH.21.3 نماذج التبليغ عن التفاعلات العكسية للأدوية متوفرة.

PH.21.4 يتم عمل تحليل مكثف للتفاعلات العكسية الخطيرة للأدوية.

PH.21.5 يتم إخطار الطبيب المعالج.

PH.21.6 يوجد دليل على تلقي المريض للرعاية الملائمة لعلاج التفاعلات العكسية للأدوية.

PH.21.7 يوجد دليل على وضع علامة على السجل الصحي عند حدوث تفاعلات عكسية خطيرة .

PH.21.8 توجد آلية لتحسين التبليغ عن التفاعلات العكسية للأدوية.
PH.21.9 يتم التبليغ عن التفاعلات العكسية الخطيرة أو الغيرمتوقعة لوزارة الصحة أو السلطات ذات علاقة وفقاً للقواعد والأنظمة.

أدلة الامتثال

PH.21.EC.1 توجد سياسة شاملة بشأن الإبلاغ عن التفاعلات العكسية للأدوية بما في ذلك تعريف التفاعلات العكسية الخطيرة ، والإطار الزمني ونموذج الإبلاغ. مراجعة وثائق
PH.21.EC.2 يوجد نظام نشط للإبلاغ والتحليل وتعليم السجل الصحي. مراجعة وثائق
PH.21.EC.3 تراجع لجنة الصيدلة والدواء وتستخدم البيانات المبلغة لتحسين عملية تبليغ التفاعلات العكسية للأدوية. مراجعة وثائق

PH.22 توجد عملية لاكتشاف ومراقبة وتبليغ الأخطاء الدوائية ويشمل ذلك:

PH.22.1 سياسة مكتوبة وإجراء للتبليغ عن الأخطاء الدوائية.
PH.22.2 تعريف الأخطاء الدوائية الخطيرة والإطار الزمني للتبليغ ونموذج التبليغ.
PH.22.3 الإبلاغ النشط.
PH.22.4 القيام بتحليل مكثف للأسباب الجذرية لجميع الأخطاء الدوائية الخطيرة.
PH.22.5 استخدام البيانات المبلغة لتحسين عملية استعمال الأدوية وتقليل معدل الأخطاء الدوائية.

أدلة الامتثال

PH.22.EC.1 توجد سياسة للتبليغ عن الأخطاء الدوائية بما في ذلك تعريف الأخطاء الخطيرة ، والإطار الزمني ونموذج التبليغ. مراجعة وثائق
PH.22.EC.2 يوجد تبليغ نشط وتحليل للأسباب الجذرية للأخطاء الخطيرة. مراجعة وثائق
PH.22.EC.3 تراجع لجنة الصيدلة والدواء وتستخدم البيانات المبلغة لتحسين سلامة الأدوية. مراجعة وثائق

PH.23 يوجد لدى صيدلية المركز نظاماً لرصد الأدوية منتهية الصلاحية والتعامل معها:

PH.23.1 توجد سياسة مكتوبة تعرف بشكل واضح تاريخ انتهاء الصلاحية والأدوية منتهية الصلاحية و الإجراءات الصحيحة لكيفية التعامل معها ونموذج (نماذج) الفحص.
PH.23.2 توجد سياسة مكتوبة ومطبقة لاكتشاف وإرجاع الأدوية التي قاربت صلاحيتها على الانتهاء قبل انتهاء مدة صلاحيتها.
PH.23.3 لا توجد أدوية منتهية الصلاحية في أماكن تقديم الخدمة للمرضى.
PH.23.4 يتم الاحتفاظ بوثائق إرجاع الأدوية منتهية الصلاحية للمورد أو الشركة المصنعة في ملف خاص أو دليل الإتلاف المناسب لتلك الأدوية.
PH.23.5 يتم التعريف المناسب والتخزين المنفصل لجميع الأدوية منتهية و/ أو قريبة انتهاء الصلاحية عن الأدوية الأخرى.

أدلة الامتثال

PH.23.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لتعريف الأدوية منتهية أو قريبة انتهاء الصلاحية والتعامل المناسب معها. مراجعة وثائق
PH.23.EC.2 يوجد نظام لوضع العلامات وفصل وإتلاف و/أو ارجاع الأدوية منتهية الصلاحية إلى المورد/البائع. مراجعة وثائق

PH.24 يوجد لدى صيدلية المركز نظاماً للتعامل مع استدعاءات الأدوية:

PH.24.1 سياسة وإجراءات مكتوبة بوضوح تشمل التعرف على الأدوية التي يتم استدعاؤها والتعامل معها والإطار الزمني وإجراءات ابلاغ المرضى الذين استلموا أي دواء تم استدعاؤه.
PH.24.2 جميع استدعاءات الأدوية يتم توثيقها بطريقة صحيحة (تعاميم، نماذج الاستدعاء، وثائق خروج الأدوية).
PH.24.3 لا يوجد أي أدوية تم استدعاؤها داخل الصيدلية أو في أماكن تقديم الخدمة للمرضى.

أدلة الامتثال

PH.24.EC.1 توجد سياسة واجراءات مكتوبة للتعامل مع استدعاءات الأدوية.	مراجعة وثائق
PH.24.EC.2 يوجد نظام للاستدعاء يشمل : توثيق الاستدعاءات وعدم وجود أي أدوية تم استدعاؤها في المركز.	مراجعة وثائق
PH.24.EC.3 يتم مراقبة استدعاءات الأدوية على أساس منتظم عن طريق لجنة الصيدلة والدواء.	مقابلة

PH.25 يوجد لدى صيدلية المركز إرشادات مكافحة العدوى وتشمل:

PH.25.1 سياسات وإجراءات مكتوبة .
PH.25.2 موظفو الصيدلية على دراية تامة بالإرشادات.
PH.25.3 موظفو الصيدلية يلتزمون بالإرشادات.
PH.25.4 لا يسمح بوجود المأكولات أوالمشروبات أوالتدخين في الصيدلية.
PH.25.5 يوجد بالصيدلية مغسلة وصابون ومطهر للأيدي.

أدلة الامتثال

PH.25.EC.1 توجد سياسة مكتوبة لمكافحة العدوى في الصيدلية.	مراجعة وثائق
PH.25.EC.2 يوجد دليل على تطبيق ارشادات مكافحة العدوى عن طريق العاملين.	مقابلة
PH.25.EC.3 يوجد بالصيدلية مغسلة وصابون ومطهر للأيدي ولا يسمح بوجود المأكولات أوالمشروبات أوالتدخين في الصيدلية.	ملاحظة

PH.26 يوجد نظام للتعامل مع الأدوية المخدرة والنفسية والأدوية الأخرى الخاضعة للرقابة بموجب القوانين والأنظمة ويشمل ذلك ولا يقتصر على:

PH.26.1 توجد سياسة وإجراءات مكتوبة للتعامل مع الأدوية المخدرة والنفسية والأدوية الأخرى الخاضعة للرقابة.
PH.26.2 يتم استلام وتخزين وصرف الأدوية المخدرة والنفسية والأدوية الخاضعة للرقابة عن طريق الصيدلية.
PH.26.3 يتم حفظ الأدوية الخاضعة للرقابة خلف أبواب فولاذية ثنائية الإغلاق.
PH.26.4 يتم الاحتفاظ بكمية محدودة من الأدوية الخاضعة للرقابة فى الأقسام.

أدلة الامتثال

PH.26.EC.1 توجد سياسة وإجراءات مكتوبة للتعامل مع الأدوية المخدرة والنفسية والأدوية الأخرى الخاضعة للرقابة.	مراجعة وثائق
PH.26.EC.2 توجد اجراءات أمنية مشددة للأدوية الخاضعة للرقابة (تراقب عن طريق الصيدلية وتخزن خلف أبواب فولاذية).	ملاحظة

PH.27 يوجد نظام لمراقبة الأدوية المخدرة والنفسية والأدوية الخاضعة للرقابة وفقاً للقوانين والأنظمة ويشمل ذلك:

PH.27.1 تتم المراجعة اليومية في الصيدلية.
PH.27.2 يتم الحفاظ على التوثيق المناسب لأعداد الأدوية واسم المسؤول في الصيدلية.

PH.27.3 يتم الحفاظ على التوثيق المناسب للحاويات الفارغة من المواد المخدرة .
PH.27.4 التخلص الصحيح للجزء الغير مستعمل من القرص أو الأمبول.

أدلة الامتثال

PH.27.EC.1 يوجد نظام لمراقبة الأدوية المخدرة والنفسية (يومياً ، الحاويات الفارغة والممتلئة ، الوثائق المناسبة). — ملاحظة
PH.27.EC.2 يوجد دليل على التخلص الصحيح والتوثيق للجزء الغير مستعمل من القرص أو الأمبول. — ملاحظة

PH.28 يوجد نظام لوصف الأدوية المخدرة والنفسية والأدوية الأخرى الخاضعة للرقابة وفقاً للقوانين والأنظمة ويشمل ذلك ولا يقتصر على:

PH.28.1 استعمال الوصفات المعتمدة.
PH.28.2 عدم السماح للأطباء بوصف الأدوية الخاضعة للرقابة لنفسه أو أفراد عائلته.
PH.28.3 السماح فقط للأطباء الذين لديهم الامتياز بالوصف.
PH.28.4 عدم السماح بخروج الأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة عن طريق الحقن خارج المركز.

أدلة الامتثال

PH.28.EC.1 يوجد امتثال كامل للقوانين والأنظمة: وصفات معتمدة ، امتيازات لوصف الأدوية ، الكميات المنصرفة ، عدم السماح بخروج الأدوية المخدرة والخاضعة للرقابة عن طريق الحقن خارج المركز. — ملاحظة

PH.29 يوجد لدى صيدلية المركز نظاماً لتثقيف المرضى وعائلاتهم قبل الذهاب للمنزل ويشمل ذلك:

PH.29.1 يتم تثقيف المرضى وعائلاتهم عن الأدوية الموصوفة لهم.
PH.29.2 توجد مواد توعوية مكتوبة عن الأدوية متوفرة بلغة سهلة الفهم (العربية والإنجليزية).
PH.29.3 يشرح الصيدلي للمريض كيفية استعمال الدواء الموصوف له/لها (الجرعة ، الكيفية ، عدد المرات ، علاقة ذلك بالوجبات) والآثار الجانبية.

أدلة الامتثال

PH.29.EC.1 يوجد نظام لتثقيف المرضى وعائلاتهم (مواد توعوية مكتوبة بلغة/بلغات مناسبة) — مراجعة وثائق

PH.30 يوجد لدى الصيدلية دليلاً على تحسين الجودة عن طريق:

PH.30.1 وجود معايير لكل عمليات الرعاية الصيدلانية.
PH.30.2 إخضاع المعايير الحالية للتقييم.
PH.30.3 مشاركة فعالة في برنامج تحسين الأداء بالمركز.
PH.30.4 تحديد مناطق تحسين الجودة بشكل مستمر.
PH.30.5 التبليغ عن الأدوية المشكوك في جودتها للسلطة الصحية ذات العلاقة (على سبيل المثال دواء غير فعال أو حجم أو شكل أو لون غير معتاد أو تغليف أو ملصقة غير صحيحة ، الخ).

أدلة الامتثال

PH.30.EC.1 يوجد برنامج للتحسن المستمر لجودة الأداء. — مراجعة وثائق

PH.30.EC.2 يتم التبليغ عن الأدوية المشكوك في جودتها داخلياً وللسلطة الصحية ذات العلاقة. مراجعة وثائق

PH.31 تقوم الصيدلية بالتعامل الآمن مع الأدوية المتشابهة في الاسم والشكل:

PH.31.1 تعرف الصيدلية كتابياً ما لديها من أدوية متشابهة في الاسم والشكل.
PH.31.2 يوجد لدى الصيدلية آلية للتعامل مع الأدوية المتشابهة في الاسم والشكل.
PH.31.3 تقوم الصيدلية بتطبيق الآلية الخاصة بالتعامل مع الأدوية المتشابهة في الاسم والشكل

أدلة الامتثال

PH.31.EC.1 توجد قائمة مكتوبة بالأدوية المتشابهة في الاسم والشكل. مراجعة وثائق
PH.31.EC.2 توجد آلية / تعليمات واضحة للتعامل مع الأدوية المتشابهة في الاسم والشكل. مراجعة وثائق
PH.31.EC.3 يوجد دليل على تطبيق التعليمات الخاصة بالأدوية المتشابهة في الاسم والشكل. مقابلة

إدارة وسلامة المرفق (FMS)

مقدمة

وجود بيئة آمنة وظيفية وفعَّالة للمرضى والموظفين وغيرهم من الأفراد أمر حاسم لمنع أو تقليل المخاطر فى بيئة الرعاية. ويجب أن توفر إدارة المركز الدعم والموارد اللازمة لتحسين السلامة فى مكان العمل بما يتوافق مع المتطلبات التنظيمية.

يجب أن يكون لدى المركز خطط لإدارة سلامة البيئة كما يجب تنفيذ هذه الخطط. وينبغي للمركز جمع وتحليل البيانات لتحديد مدى فعالية الخطط وتسهيل التحسين المستمر للجودة.

كما يجب تثقيف الموظفين أيضاً بشأن مسؤولياتهم. ويبدأ التعليم فى مرحلة التعريف الأولى ويستمر على أساس منتظم بعد ذلك.

والجوانب الهامة من إدارة وسلامة المرفق التي تناولها هذا الفصل تشمل مايلي:

- السلامة
- الأمن
- السلامة من الحريق
- الطوارئ
- المواد الخطرة
- المعدات الطبية
- المرافق

المعايير

FMS.1 يوجد شخص (أشخاص) مؤهل ، يعمل بشكل جزئي على الأقل ، مسؤول عن إدارة المرافق وبرنامج السلامة.

أدلة الامتثال

FMS.1.EC.1 يوجد مسؤول سلامة معين للمركز.	ملفات الموظفين
FMS.1.EC.2 مسؤول السلامة مؤهل عن طريق التعليم والتدريب ، والخبرة ، و/أو الشهادات.	ملفات الموظفين

FMS.2 ينشئ المركز لجنة متعددة التخصصات للمراقبة والاشراف على برنامج أمن وسلامة المرفق ويشمل ذلك ولا يقتصر على:

FMS.2.1 تقوم اللجنة بالتفتيش واختبار وصيانة جميع المكونات التشغيلية للبرنامج بانتظام.
FMS.2.2 تقوم اللجنة بمراجعة وتحليل وتجميع البيانات المتعلقة بمسائل السلامة.
FMS.2.3 تقوم اللجنة باقتراح الحلول المناسبة (بما في ذلك التعليم) عندما يتم تحديد مسائل السلامة.

أدلة الامتثال

FMS.2.EC.1 يوجد دليل على التفتيش والاختبار والصيانة المنتظمة لجميع مكونات البرنامج التشغيلية.	مراجعة وثائق
FMS.2.EC.2 توجد شروط مرجعية للجنة أمن وسلامة المرفق والتي تشمل: وظيفة اللجنة والعضوية والنصاب وتكرر الاجتماعات واعتماد وتوزيع المحاضر.	مراجعة وثائق
FMS.2.EC.3 تعكس محاضر اجتماع اللجنة (اللجان) مناقشة FMS2.1 إلى FMS.2.3.	مراجعة وثائق

FMS.3 بيئة المركز آمنة للمرضى و الزائرين و الموظفين.

FMS.3.1 يوجد لدى المركز خطة متكاملة تغطي الكوارث الكبرى ، وتعطل المرافق ، والمواد الخطرة والسلامة من الحريق والمعدات الطبية وسلامة المباني والأمن.
FMS.3.2 المبنى والمناطق المحيطة به خالية من المخاطر.
FMS.3.3 يتم عمل الصيانة الوقائية الدورية ، والصيانة التصحيحية في جميع الأنظمة الكهربائية والميكانيكية.
FMS.3.4 موظفو المركز مدربون على الممارسات الآمنة.

أدلة الامتثال

FMS.3.EC.1 تشرح خطة المركز المتكاملة كيفية الاستجابة لحالات الطوارئ المختلفة ، وكيفية تقليل المخاطر في المركز.	مراجعة وثائق
FMS.3.EC.2 لا يوجد أجسام ساقطة ، أو مخارج كهرباء أو أسلاك مكشوفة ،أو أرضيات زلقة ، أو أطراف حادة ، أو ثقوب في الأرض ، أو أي مخاطر أخرى.	ملاحظة
FMS.3.EC.3 يتم الاحتفاظ بسجلات الصيانة الدورية لجميع الأنظمة الكهربائية والميكانيكية (مكيفات الهواء ، والطاقة ، والمعدات).	مراجعة وثائق
FMS.3.EC.4 يتم تدريب الموظفين على عملية الإخلاء ، التعامل مع الحريق (RACE/PASS) ، النظافة ، والتعقيم.	مقابلة

FMS.4 تؤمن ادارة المركز الامتثال للمعايير الوطنية و القوانين و الانظمة و التوصيات الخاصة بالتشغيل و المبانى و الخدمات المقدمة.

أدلة الامتثال

FMS.4.EC.1 يوجد دليل على وعي العاملين و تطبيق المعايير و القوانين و الانظمة المتعلقة بسلامة المنشأة و الحماية البيئية. — مقابلة

FMS.5 بيئة المركز سهلة الاستخدام لمرتاديه.

FMS.5.1 يوجد بالمركز الخدمات الأساسية بصورة كافية (مثل المواقف وصالات الانتظار والحمامات).
FMS.5.2 المركز مجهز للأشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة (مثل المعاقين وكبار السن والأطفال).
FMS.5.3 يوجد بالمركز لوحات إرشادية.

أدلة الامتثال

FMS.5.EC.1 توجد مواقف كافية وفقاً لمتطلبات القوانين والأنظمة (وزارة الشؤون البلدية والقروية بالمملكة العربية السعودية). — ملاحظة
FMS.5.EC.2 أماكن الانتظار بالمركز كافية لمستخدميها. — ملاحظة
FMS.5.EC.3 توجد مراحيض كافية. — ملاحظة
FMS.5.EC.4 توجد مزالق لكراسي المعوقين في جميع المناطق المرتفعة. — ملاحظة
FMS.5.EC.5 يوجد درابزين في الممرات والسلالم. — ملاحظة
FMS.5.EC.6 بيئة المركز آمنة للأطفال في المناطق العامة (لا يوجد وسائل للعبث في المخارج ، ولا توجد أشياء صغيرة ولا توجد نهايات حادة). — ملاحظة
FMS.5.EC.7 اللوحات الإرشادية مثبتة في الأماكن الملائمة. — ملاحظة
FMS.5.EC.8 يوجد بالمراحيض محطات لتغيير الحفاضات. — ملاحظة

FMS.6 يتم جدولة جولات لفريق متعدد التخصصات ويتم القيام بها لضمان السلامة وتشمل ما يلي:

FMS.6.1 جولات بيئية للتأكد من معرفة الموظفين وتطبيقهم للخطط المتعلقة بأمن وسلامة المرفق (ربع سنوي).
FMS.6.2 جولات بالمرفق للكشف على المرفق / المبنى (ربع سنوي).
FMS.6.3 يتم استخدام المعلومات الناتجة لعمل الإجراءات التصحيحية والتخطيط ووضع ميزانية تحديث وإحلال المنشأة على المدى الطويل.

أدلة الامتثال

FMS.6.EC.1 يوجد جولات بيئية موثقة تصف النتائج والإجراءات التي تم اتخاذها. — مراجعة وثائق

FMS.7 يمتثل المركز مع المعايير والقوانين والأنظمة المعمول بها والخاصة بحماية البيئة (مثل التصريف إلى أنظمة الصرف الصحي والتخلص الآمن من النفايات وما شابه ذلك).

أدلة الامتثال

FMS.7.EC.1 يوجد دليل على أن المنشأة على دراية بالمعايير والقوانين والأنظمة الخاصة بحماية البيئة وتقوم بتطبيقها. — مقابلة

FMS.8 يوجد بالمركز برنامج لمنع الحرائق.

FMS.8.1 موظفو المركز مدربون على خطة الإخلاء.
FMS.8.2 طرق و مخارج النجاة خالية من جميع العوائق.

FMS.8.3 تخزين المواد يتم بطريقة صحيحة.

FMS.8.4 أنظمة و معدات الحريق و كاشف الدخان موضوعه في مكانها و تعمل بالشكل الصحيح.

أدلة الامتثال

FMS.8.EC.1 يحضر كل موظف التدريبات على إطفاء الحرائق سنوياً ويتم تسجيل الحضور.	ملفات الموظفين
EC.2.FMS.8 مخططات مخارج النجاة معلقة في الممرات.	ملاحظة
FMS.8.EC.3 التدريبات على إطفاء الحرائق وخطة الاخلاء يتم تحسينها وتحديثها باستمرار.	مقابلة
FMS.8.EC.4 ممرات ومخارج الحريق معلمة وخالية من العقبات ، مثل وجود أقفال أو صناديق.	ملاحظة
FMS.8.EC.5 يتم تخزين الصناديق بالطريقة الصحيحة وفي المكان الصحيح.	ملاحظة
FMS.8.EC.6 طفايات الحريق تعمل بكفاءة ويتم اختبارها وموزعة في المركز.	ملاحظة
FMS.8.EC.7 يتم صيانة واختبار كاشفات الدخان ، ويتم الاحتفاظ بسجلات الصيانة الدورية الخاصة بها.	مراجعة وثائق

FMS.9 المركز آمن ويوفر الحماية للمراجعين و الموظفين على حد سواء.

FMS.9.1 يتواجد بالمركز رجال الأمن.

FMS.9.2 معدات و معلومات المركز آمنة.

FMS.9.3 يتم المحافظة على خصوصية المريض.

FMS.9.4 سياسة منع التدخين مفروضة.

أدلة الامتثال

FMS.9.EC.1 يتوفر بالمركز عدد كافٍ من رجال الأمن المدربين.	ملفات الموظفين
FMS.9.EC.2 يوجد نظام التنبيه الخاص بالسطو ويتم إغلاق الأبواب الرئيسية بعد ساعات العمل.	ملاحظة
FMS.9.EC.3 المصرح لهم فقط يحق لهم الاطلاع على ملفات المرضى و الموظفين.	مقابلة
FMS.9.EC.4 يتم الحفاظ على خصوصية المريض ، مثل وجود ستائر أوالفصل بين المرضى.	ملاحظة
FMS.9.EC.5 توجد سياسة معتمدة لمنع التدخين.	مراجعة وثائق
FMS.9.EC.6 يتم تطبيق سياسة منع التدخين.	ملاحظة
FMS.9.EC.7 لوحات منع التدخين مثبته عند جميع مداخل المركز.	ملاحظة
FMS.9.EC.8 جميع الموظفين لديهم بطاقات تعريفية.	ملاحظة

FMS.10 توجد خطة وبرنامج مطبق لفحص واختبار وصيانة الأجهزة الطبية

FMS.10.1 يوجد بجميع الثلاجات وأجهزة التجميد بالصيدلية والمختبر نموذج لتسجيل درجة الحرارة.

FMS.10.2 يوجد بالمركز قائمة لجرد جميع الأجهزة الطبية بالمركز.

FMS.10.3 يوجد على الأجهزة الطبية الملصق الدال على موعد الصيانة الوقائية الدورية.

FMS.10.4 الأجهزة الطبية المعطلة تحمل ملصق بعدم الاستخدام.

FMS.10.5 لا يتم الاحتفاظ بالأجهزة الهالكة في المركز.

أدلة الامتثال



FMS.10.EC.1 يتم تحديث قائمة الجرد لجميع الأجهزة الطبية.	مراجعة وثائق
FMS.10.EC.2 يتم تنفيذ برنامج الصيانة الوقائية الدورية لجميع الأجهزة الطبية ويتم حفظ السجلات.	ملاحظة
FMS.10.EC.3 يتم وضع ملصقات على الأجهزة إما بالصيانة الدورية / أويفيد عدم الاستخدام.	ملاحظة
FMS.10.EC.4 يتم إزالة جميع المعدات الطبية الهالكة من المركز.	مقابلة
FMS.10.EC.5 نماذج تسجيل درجة الحرارة متوفر في جميع أجهزة تبريد وتجميد الصيدلية والمختبر.	ملاحظة

FMS.11 يوجد لدى المركز خطة للطوارئ والموظفون مدربون عليها.

FMS.11.1 تعرّف خطة الطوارئ أدوار الموظفين.
FMS.11.2 تحدد خطة الطوارئ أقرب منشآت للرعاية الصحية.
FMS.11.3 يوجد بملفات الموظفين شهادات التدريب على خطة الطوارئ الوهمية.

أدلة الامتثال

FMS.11.EC.1 خطة الطوارئ موثقة ويتم تقييمها سنوياً وتحدث عند الحاجة.	مراجعة وثائق
FMS.11.EC.2 تعرف الخطة أدوار الموظفين.	مراجعة وثائق
FMS.11.EC.3 الموظفون على علم بمكان إحالة المرضى أثناء حالات الطوارئ.	مقابلة
FMS.11.EC.4 يتم تدريب الموظفين على تجارب الطوارئ الوهمية سنوياً.	مقابلة
FMS.11.EC.5 خطة طوارئ تتضمن أسماء الأشخاص والسلطات التي يجب الاتصال بها.	مراجعة وثائق
FMS.11.EC.6 يوجد لدى المركز مصدر بديل للطاقة / المياه لحالات الطوارئ.	ملاحظة

FMS.12 يوجد لدى المركز خطة للمواد الخطرة والنفايات.

FMS.12.1 يحتفظ المركز بسجل لجميع المواد الخطرة الموجودة في المركز.
FMS.12.2 الموظفون مدربون على التعامل مع المواد الخطرة والنفايات.
FMS.12.3 تتم مراقبة المواد الخطرة والنفايات.
FMS.12.4 مغاسل الأعين ودش الطوارئ متوفرة في المختبر.

أدلة الامتثال

FMS.12.EC.1 يحتفظ المركز بسجل للمواد الخطرة وسجل بيانات سلامة المواد.	مراجعة وثائق
FMS.12.EC.2 يتم تخزين المواد الخطرة والتعامل معها ونقلها واستخدامها ، والتخلص منها وفقا لسجل بيانات سلامة المواد.	ملاحظة
FMS.12.EC.3 الموظفون مدربون على كيفية التعامل مع المواد الخطرة المتاحة.	ملفات الموظفين
FMS.12.EC.4 يبذل المركز كل الجهد للتقليل من المواد الخطرة.	مقابلة
FMS.12.EC.5 يوجد في المختبر مغسلة للأعين ودش الطوارئ ويعملان بكفاءة.	ملاحظة
FMS.12.EC.6 يتم استخدام خزانات مقاومة للحريق للمواد الخطرة القابلة للاشتعال.	ملاحظة

مكافحة ومنع العدوى (IPC)

مقدمة

يحتاج مركز الرعاية الصحية الأولية إلى وجود عمليات لدعم الوقاية والسيطرة على العدوى التى قد تكون مكتسبة أو منقولة من المرضى والعاملين والزوار أثناء تواجدهم بالمركز. هذه العمليات تحد من مخاطر أو انتشار العدوى وتضمن تقديم الرعاية فى بيئة نظيفة. ولضمان سلامة العاملين والمرضى يحتاج العاملون بمكافحة ومنع العدوى برنامجاً فعالاً على مستوى المركز الصحي يقوم بتحديد وتقليل و/ أو القضاء على مخاطر العدوى.

ويحدد هذا الفصل الخطوط العريضة لمتطلبات العمليات والأنشطة التالية والمتعلقة بمكافحة ومنع العدوى :

- برنامج مكافحة العدوى
- تثقيف العاملين
- معدات الوقاية الشخصية
- نظافة اليدين
- السلامة من الأدوات الحادة
- التنظيف وازالة التلوث والتطهير والتعقيم
- العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية
- صحة الموظفين
- التعرض للدم
- الأمراض المعدية
- التعامل مع النفايات
- المغسلة
- احتياطات منع العدوى للتجديدات والإنشاءات

المعايير

IPC.1 يطبق المركز برنامجاً منسقاً للحد من خطر العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

IPC.1.1 يشمل البرنامج المرضى والزوار والموظفين والمتطوعين.

IPC.1.2 يشمل البرنامج جميع أماكن رعاية المرضى والخدمات المساندة مثل المختبر والنظافة والصيدلية.

أدلة الامتثال

IPC.1.EC.1 يوجد برنامج شامل ومنسق لمكافحة العدوى.	مراجعة وثائق
IPC.1.EC.2 يشمل البرنامج المرضى والزوار والموظفين والمتطوعين.	مراجعة وثائق
IPC.1.EC.3 يشمل البرنامج جميع أماكن رعاية المرضى والخدمات المساندة مثل المختبر ، والنظافة ، والصيدلة.	مراجعة وثائق

IPC.2 يستند برنامج مكافحة العدوى على :

IPC.2.1 المعرفة العلمية الحالية.

IPC.2.2 تعليمات الممارسة المقبولة.

IPC.2.3 القوانين والأنظمة المعمول بها.

أدلة الامتثال

IPC.2.EC.1 يستند برنامج مكافحة العدوى على المعرفة العلمية الحالية و تعليمات الممارسة المقبولة القوانين والأنظمة المعمول بها.	مراجعة وثائق

IPC.3 يوجد ممارس (ممارسين) لمكافحة العدوى مؤهل ، يعمل بشكل جزئي على الأقل ، لإدارة برنامج مكافحة العدوى.

أدلة الامتثال

IPC.3.EC.1 يوجد ممارس معين لمكافحة العدوى بالمركز.	ملفات الموظفين
IPC.3.EC.2 ممارس مكافحة العدوى مؤهل من خلال التعليم ، والتدريب ، والخبرة ، و/ أو الشهادة.	ملفات الموظفين

IPC.4 يوجد لدى المركز لجنة عاملة لمكافحة العدوى مع ممثلين من جميع التخصصات ذات الصلة لتنسيق البرنامج ويشمل ذلك على الأقل ما يلي:

IPC.4.1 مراجعة واعتماد سياسات مكافحة العدوى الموضوعة من قبل فريق مكافحة العدوى.

IPC.4.2 تقييم وتنقيح الإجراءات والآليات الموضوعة من قبل فريق مكافحة العدوى لتلبية المعايير والأهداف الموضوعة بصفة مستمرة.

IPC.4.3 مراجعة وتقييم تقارير مراقبة العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية التي تقدم بانتظام من قبل فريق مكافحة العدوى ، وتقترح الإجراءات المناسبة التي يجب اتخاذها مع الأقسام المعنية.

IPC.4.4 لفت انتباه فريق مكافحة العدوى إلى المسائل الجديدة المتعلقة بمكافحة العدوى التي تظهر في مختلف أقسام المركز واقتراح الحلول.

IPC.4.5 مراجعة الخطة السنوية المقدمة من قبل فريق مكافحة العدوى واقتراح إضافات / تغييرات إذا لزم الأمر.

أدلة الامتثال



IPC.4.EC.1 توجد شروط مرجعية للجنة (لجان) مكافحة العدوى وتشمل مهام اللجنة ، والعضوية ، والنصاب ، وتكرر الاجتماعات واعتماد وتوزيع المحاضر. — مراجعة وثائق

IPC.4.EC.2 محاضر اجتماع اللجنة (اللجان) تعكس مناقشة النقاط IPC.4.1 إلى IPC.4.5. — مراجعة وثائق

IPC.5 يقوم إداريي المركز بدعم ومراقبة تطبيق برنامج مكافحة العدوى.

أدلة الامتثال

IPC.5.EC.1 يوجد دليل على دعم القيادة لبرنامج مكافحة العدوى. — مقابلة إداريي المركز

IPC.6 يتم دمج برنامج مكافحة العدوى في دليل يشمل المبادئ التوجيهية الإدارية والعملية:

IPC.6.1 بيان خطي لتوضيح السلطة .

IPC.6.2 سياسات وإجراءات مكتوبة تشمل.

- IPC.6.2.1 عمليات التعقيم والتطهير.
- IPC.6.2.2 تداول الأدوات الحادة.
- IPC.6.2.3 التخلص من المواد المعدية والنفايات.
- IPC.6.2.4 منع تعرض العاملين والمرضى للعدوى المرتبطة بالرعاية الصحية.

IPC.6.3 آلية لمراقبة تطبيق سياسات وإجراءات مكافحة العدوى.

أدلة الامتثال

IPC.6.EC.1 دليل مكافحة العدوى له علاقة بنطاق المركز ويحتوي على الدور الإداري لقسم مكافحة العدوى. — مراجعة وثائق

IPC.6.EC.2 يوجد بيان خطي لتوضيح السلطة وسياسات وإجراءات مكتوبة تشمل IPC.6.2.1 إلى IPC.6.2.4. — مراجعة وثائق

IPC.6.EC.3 توجد آلية مكتوبة لمراقبة تنفيذ سياسات وإجراءات مكافحة العدوى. — مراجعة وثائق

IPC.7 سياسات وإجراءات مكافحة العدوى متاحة لجميع العاملين.

أدلة الامتثال

IPC.7.EC.1 برنامج مكافحة ومنع العدوى جزء من البرنامج التعريفي العام. — مقابلة

IPC.7.EC.2 سياسات وإجراءات مكافحة العدوى متاحة لجميع العاملين. — مقابلة

IPC.8 برنامج مكافحة العدوى مطبق بالمركز.

أدلة الامتثال

IPC.8.EC.1 يوجد دليل على تطبيق سياسات واجراءات برنامج مكافحة العدوى. — مقابلة

IPC.9 جميع مستلزمات وأدوات مكافحة العدوى (المطهرات ومعدات الحماية الشخصية للعاملين (أغطية الجسم ، والقفازات ، والأقنعة والنظارات الواقية) جاهزة و متوفرة ويستخدمها العاملون بطريقة صحيحة بجميع أماكن رعاية المرضى.

IPC.9.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة عن كيفية الاستخدام الصحيح للقفازات وأغطية الجسم وأقنعة الوجه ونظارات العين الواقية.

IPC.9.2 يتم استخدام القفازات بشكل صحيح.

IPC.9.3 يتم ارتداء القفازات عندما تكون هناك احتمالية الاحتكاك بالدم / سوائل الجسم.

IPC.9.4 يتم خلع القفازات و التخلص منها بعد الاستخدام.

IPC.9.5 يتم خلع القفازات حال الانتهاء من الواجبات المهنية للرعاية الصحية وقبل ترك الغرفة.

IPC.9.6 لا يتم استخدام القفازات الملوثة للمس أسطح غير ملوثة (هاتف، أقلام ، ورق ، وملفات).

IPC.9.7 يتم ارتداء أغطية الجسم أو الملابس الواقية الأخرى أثناء القيام بجميع الإجراءات ، والتي من المحتمل أن تولد الرذاذ أو التلويث من الدم أو سوائل الجسم الأخرى.

IPC.9.8 يتم ارتداء الأقنعة والنظارات الواقية أو أغطية الوجه أثناء الإجراءات التي من شأنها أن تولد قطرات من الدم أو سوائل الجسم.

أدلة الامتثال

IPC.9.EC.1	يحتوي دليل مكافحة العدوى على سياسات عن كيفية الاستخدام المناسب لمعدات الحماية الشخصية.	مراجعة وثائق
IPC.9.EC.2	توجد المطهرات ومعدات الحماية الشخصية في جميع الأماكن التي تتطلب وجودها.	مقابلة
IPC.9.EC.3	المطهرات ومعدات الحماية الشخصية يمكن الوصول إليها بسهولة.	ملاحظة

IPC.10 يصمم المركز وينفذ برنامجاً فعالاً لنظافة الأيدي:

IPC.10.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة عن الطريقة الصحيحة لنظافة الأيدي.

IPC.10.2 يتم ملاحظة نظافة الأيدي بدقة في المركز.

IPC.10.3 يقوم المركز بتوفير أدوات نظافة الأيدي بصورة كافية ، مثل المغاسل ومطهرات الأيدي المحتوية على الكحول.

IPC.10.4 المراحيض وأماكن غسل الأيدي نظيفة وبحالة جيدة وتلبي احتياجات المركز.

IPC.10.5 أحواض غسل الأيدي موجودة في أماكن تقديم رعاية المرضى (مثل العيادات ،غرفة الضماد ، ومحطات التمريض).

IPC.10.6 أحواض غسل الأيدي مزودة بماء بارد وحار تحت ضغط.

IPC.10.7 يسهل على العاملين الوصول الى أحواض غسل الأيدي.

IPC.10.8 يجب توفر الصابون العادي والمطهر والمناديل الورقية (ليست المناشف القماش) عند أماكن غسيل الأيدي.

IPC.10.9 مطهرات الأيدي متوفرة وبعدد كافٍ (موزع واحد لكل عيادة ،غرفة الضماد ، وواحد لكل محطة تمريض).

أدلة الامتثال

IPC.10.EC.1	توجد سياسة مكتوبة وإجراء لنظافة الأيدي.	مراجعة وثائق
IPC.10.EC.2	طريقة تنظيف الأيدي صحيحة وتتم وفقاً للسياسات.	مقابلة
IPC.10.EC.3	يوجد دليل على توفير المركز للموارد اللازمة لضمان تنفيذ ممارسات نظافة الأيدي (المراحيض ، وأدوات غسل الأيدي ، والماء الحار والبارد ، والصابون العادي والمطهر ومناشف ورقية ، ومطهر الأيدي مع موزع).	مقابلة
IPC.10.EC.4	يوجد ما يكفي من نقاط نظافة الأيدي.	ملاحظة

IPC.11 يوجد برنامج تعليمي موثق للعاملين عن ممارسات مكافحة العدوى.

أدلة الامتثال

IPC.11.EC.1 يوجد برنامج تدريبي منسق وشامل ومستمر لمكافحة العدوى لجميع الموظفين. مقابلة
IPC.11.EC.2 الموظفون مدربون تدريباً جيداً على تنفيذ إجراءات مكافحة العدوى. مقابلة

IPC.12 يتم اتخاذ الإجراءات الملائمة للتعامل مع أي حالات عدوى مرتبطة بالرعاية الصحية بالمركز.

أدلة الامتثال

IPC.12.EC.1 توجد سياسة مكتوبة وإجراء للتعامل مع حالات العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية. مراجعة وثائق
IPC.12.EC.2 يوجد دليل على التعامل مع الحالات وفقاً للسياسة والإجراءات المكتوبة. مقابلة

IPC.13 يعرف المركز في سياسة عمليات التطهير والتنظيف والتعقيم بجميع أماكن رعاية المرضى.

IPC.13.1 يتم تعريف واعتماد قائمة من المنظفات والمطهرات الملائمة.
IPC.13.2 المنظفات والمطهرات متوفرة في جميع أماكن رعاية المرضى.
IPC.13.3 مناطق رعاية المرضى نظيفة والمعدات يتم تطهيرها وفقاً للسياسة.

أدلة الامتثال

IPC.13.EC.1 توجد سياسة مكتوبة وإجراء لعمليات التنظيف والتطهير والتعقيم. مراجعة وثائق
IPC.13.EC.2 توجد قائمة للمطهرات متاحة ومعتمدة من قسم مكافحة العدوى. مراجعة وثائق
IPC.13.EC.3 المنظفات والمطهرات متوفرة في جميع أماكن رعاية المرضى. ملاحظة
IPC.13.EC.4 جميع المنظفات والمطهرات المستخدمة يجب أن تكون من قائمة المطهرات المعتمدة. ملاحظة

IPC.14 يعرف المركز في سياسة الإجراء الآمن لجمع النفايات وتخزينها والتخلص منها لضمان سلامة البيئة الداخلية والخارجية.

IPC.14.1 تفرق السياسة بين النفايات العادية والنفايات المعدية.
IPC.14.2 يتم التعامل مع النفايات المعدية وفقاً للنظام الوطني للتعامل مع النفايات الطبية.

أدلة الامتثال

IPC.14.EC.1 توجد سياسة مكتوبة وإجراء بشأن التعامل مع النفايات. مراجعة وثائق
IPC.14.EC.2 يتم جمع النفايات وتخزينها والتخلص منها بطريقة صحيحة باستخدام الموارد اللازمة ، بطريقة تحمي الموظفين والبيئة. ملاحظة
IPC.14.EC.3 يوجد دليل على تنفيذ الإجراءات المناسبة في التعامل مع النفايات. مقابلة
IPC.14.EC.4 يوجد دليل على التخلص السليم من النفايات الطبية. ملاحظة

IPC.15 يتم تنفيذ برنامج شامل لمنع الإصابة بالأدوات الحادة:

IPC.15.1 توجد سياسة مكتوبة وإجراء عن تداول الأدوات الحادة.
IPC.15.2 لا يتم ثني أو كسر أو إعادة تغطية الإبر إلا في ظروف خاصة ومعتمدة.
IPC.15.3 يتم استخدام "طريقة المجرفة" إذا كانت إعادة التغطية ضرورية.
IPC.15.4 يتم عمل التحقيقات اللازمة بعد حوادث الوخز بالإبر أو الإصابة بالأدوات الحادة ويتم جمع هذه البيانات

لتحديد الاتجاه وتبليغها في لجنة مكافحة العدوى.

أدلة الامتثال

IPC.15.EC.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة في التعامل مع الأدوات الحادة واستخدامها والتخلص منها.	مراجعة وثائق
IPC.15.EC.2 موظفو المركز لديهم المعرفة والمهارات في التعامل مع الأدوات الحادة (لا يتم مقابلة ثني الإبر أو كسرها ، طريقة المجرفة لإعادة التغطية الضرورية).	
IPC.15.EC.3 توجد سياسة مكتوبة للتعامل مع وخز الإبر/ الإصابة بالأدوات الحادة.	مراجعة وثائق
IPC.15.EC.4 يوجد دليل على المتابعة بعد التعرض للوخز حسب المبادئ التوجيهية لمكافحة العدوى.	مراجعة وثائق
IPC.15.EC.5 يوجد دليل على حساب معدل التحول المصلي بين الموظفين.	مراجعة وثائق

IPC.16 يتم التخلص من الأدوات الحادة في الحاويات المناسبة :

IPC.16.1 حاويات الأدوات الحادة المستعملة يجب أن تكون من نوعية مضادة للتسرب والثقب ولا تمثل خطراً على العاملين والمرضى.

IPC.16.2 يوجد عدد كافٍ من حاويات الأدوات الحادة (على الأقل صندوق واحد في كل مكان من أماكن رعاية المرضى)، ويجب أن يوضع بشكل ملائم بعيداً عن المرور ومن المفضل أن تكون معلقة على الحائط.

IPC.16.3 يتم استعمال حاويات الأدوات الحادة بشكل صحيح وتوضع عند أو تحت مستوى العين ولا تكون مملوءة زيادة عن سعتها ولا يتم فتحها لنقل الأدوات الحادة إلى حاويات أخرى.

IPC.16.4 يتم التخلص من حاويات الأدوات الحادة عن طريق النظام الوطني المعتمد للتعامل مع النفايات الطبية عند وصول محتوياتها إلى 4/3 سعتها.

أدلة الامتثال

IPC.16.EC.1 يوجد عدد كافٍ من حاويات الأدوات الحادة المناسبة.	ملاحظة
IPC.16.EC.2 نوعية حاويات الأدوات الحادة المستخدمة يجب أن تكون مضادة للتسرب والثقب ولا تمثل خطراً على العاملين والمرضى.	ملاحظة
IPC.16.EC.3 يتم وضع واستخدام حاويات الأدوات الحادة بشكل صحيح.	ملاحظة
IPC.16.EC.4 ترسل حاويات الأدوات الحادة للحرق عند وصول محتوياتها الى 4/3 سعتها.	ملاحظة

IPC.17 يوجد لدى قسم النظافة سياسات وإجراءات توضح وظائفهم ويشمل ذلك:

IPC.17.1 جميع الوحدات لديها جدول زمني للتنظيف والتطهير والذي يسرد جميع الأسطح البيئية والعناصر التي يجب تنظيفها.

IPC.17.2 تتم مراجعة إجراءات التنظيف والجداول الزمنية والمنظفات من قبل موظفي مكافحة العدوى.

أدلة الامتثال

IPC.17.EC.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة لقسم النظافة تتم مراجعتها واعتمادها من قبل موظفي مكافحة العدوى.	مراجعة وثائق
IPC.17.EC.2 يتم إعداد جداول التنظيف وتنفيذها من قبل موظفي النظافة ومراقبتها من قبل موظفي مكافحة العدوى.	مراجعة وثائق
IPC.17.EC.3 توجد قائمة تشير إلى تركيز المواد الكيميائية وطريقة استخدامها في المركز.	مراجعة وثائق

IPC.18 يتم المحافظة على بيئة المركز نظيفة وآمنة.

أدلة الامتثال

IPC.18.EC.1	يوجد غرفة مهام ملوثة منفصلة وغرفة مهام نظيفة في المركز.	ملاحظة
IPC.18.EC.2	يوجد دليل على نظافة بيئة المركز، والخزانات ، والدواليب.	ملاحظة

IPC.19 يوجد نظام للتعامل مع انسكابات الدم / سوائل الجسم والنفايات:

IPC.19.1 العاملين بالمركز في أماكن رعاية المرضى ماهرين في تنظيف انسكابات الدم / سوائل الجسم.

IPC.19.2 توجد مجموعة الانسكاب في جميع أماكن رعاية المرضى والتي تتضمن الأدوات اللازمة. سياسات استخدام مجموعة الانسكاب يجب أن تكون مكتوبة.

أدلة الامتثال

IPC.19.EC.1	توجد سياسات وإجراءات مكتوبة بشأن التعامل مع الانسكابات.	مراجعة وثائق
IPC.19.EC.2	يوجد دليل على تنفيذ سياسة الانسكابات.	مقابلة
IPC.19.EC.3	مجموعة الانسكاب متاحة في المناطق التي قد يكون فيها حاجةً للاستخدام.	ملاحظة

IPC.20 تتم عملية التعقيم بالمركز بواسطة كوادر مؤهلة.

أدلة الامتثال

IPC.20.EC.1	موظفو خدمات التعقيم مؤهلين كفنيين تعقيم أو ممرضات ممن لديهم خبرة كافية وتدريب في مجال التعقيم.	ملفات الموظفين

IPC.21 جميع الأجهزة والمستلزمات المستخدمة للتعقيم والتطهير والمنصوص عليها في برنامج مكافحة العدوى متوفرة.

أدلة الامتثال

IPC.21.EC.1	يتضمن برنامج مكافحة العدوى قائمة بجميع الأجهزة والمستلزمات التي تستخدم في التعقيم والتطهير.	مراجعة وثائق
IPC.21.EC.2	أجهزة ومستلزمات التعقيم متوفرة.	ملاحظة

IPC.22 يجب أن تتوفر بالمركزغرفة (وحدة) تعقيم بالمواصفاتِ الهيكلية والوظيفية التالية:

IPC.22.1 معدات الحماية الشخصية متوفرة ويتم استعمالها أثناء إزالة التلوث (قفازات عالية التحمل ، مئازر ضد الماء ، أقنعة ، نظارات واقية أو غطاء للوجه).

IPC.22.2 العاملين بخدمة التعقيم لديهم التدريب والمعرفة الكافية .

IPC.22.3 يجب أن تتم عملية تنظيف وتطهير وتعقيم الأجهزة الطبية في وحدة التعقيم وليس في الأقسام الخاصة.

IPC.22.4 هناك اتجاه واحد لمرور الأدوات من المنطقة الملوثة إلى المنطقة النظيفة (منطقة إزالة التلوث ثم التغليف ثم التعقيم ثم منطقة التخزين).

IPC.22.5 يتم تسجيل قراءات التعقيم الملائمة.

IPC.22.6 يتم الاحتفاظ بسجلات التعقيم لمدة سنة للسماح بالتفتيش.

IPC.22.7 أجهزة التعقيم تعمل بشكل جيد وتعليمات التشغيل متوفرة.

IPC.22.8 يتم استخدام المؤشرات الكيمائية في كل حزمة تعقيم و يتم استخدام المؤشرات الحيوية أسبوعياً على الأقل ويتم الاحتفاظ بسجلات النتائج لمدة سنة.

أدلة الامتثال

IPC.22.EC.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة للتطهير والتعقيم.	مراجعة وثائق
IPC.22.EC.2 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة توضح عملية ازالة التلوث عن المعدات وتجهيزها وتخزينها.	ملاحظة
IPC.22.EC.3 يتم تنفيذ جميع عمليات تنظيف وتعقيم المعدات الطبية في وحدة التعقيم.	ملاحظة
IPC.22.EC.4 هناك اتجاه واحد لمرور الأدوات من المنطقة الملوثة إلى المنطقة النظيفة (منطقة إزالة التلوث ثم التغليف ثم التعقيم ثم منطقة التخزين).	ملاحظة
IPC.22.EC.5 توجد مراقبة كاملة وشاملة لعملية التعقيم والتي يتم توثيقها ويمكن تقديمها (سجلات التعقيم ونتائج مؤشر الجراثيم ، نتائج المؤشر الحيوي ، وغيرها من السجلات).	مراجعة وثائق
IPC.22.EC.6 تستخدم المؤشرات الكيميائية والحيوية في حزم التعقيم.	ملاحظة

IPC.23 يوجد لدى المركز برنامج لصحة العاملين وفقاً للتوصيات العلمية وإرشادات المنظمة لضمان حماية الموظفين ضد الأمراض المعدية التالية (الدرن ، والالتهاب الكبدي الوبائي ب،ج ، وفيروس نقص المناعة البشرية والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية والجدري المائي).

IPC.23.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة توضح تحصينات العاملين ، والوقاية من الأمراض بعد التعرض للدم وسوائل الجسم.

IPC.23.2 يتم عمل تقييم ما قبل التوظيف لكل موظف وفقاً للقوانين والأنظمة.

IPC.23.3 توجد آلية لإحالة العاملين إلى عيادة الموظفين لتقديم المشورة والخدمات الطبية المتعلقة بالكشف عن الأمراض ، والتحصينات ، والإجراءات اللازمة لما بعد التعرض.

IPC.23.4 يتم الاحتفاظ بالبيانات الخاصة بالكشف عن الأمراض والتحصينات في السجلات الصحية للموظفين.

IPC.23.5 يجب عمل فحص مبدئي لجميع العاملين لاكتشاف الالتهاب الكبدي ب ، ج ، والإيدز واختبارالدرن.

IPC.23.6 يجب تحديد الحالة المناعية للعاملين ضد الأمراض التالية (الالتهاب الكبدي ب ، والحصبة ، والنكاف ، والحصبة الألمانية ، والجدري المائي) عن طريق الاختبارات المصلية و/ أو إحضار وثيقة أصلية لإثبات الحصول على اللقاح الملائم.

IPC.23.7 يتم مراقبة استجابة العاملين الحاصلين على لقاح الالتهاب الكبدي ب.

IPC.23.8 يتم إعطاء اللقاح مرة ثانية على الأقل للعاملين الذين يثبت لديهم عدم الاستجابة للقاح الالتهاب الكبدي ب.

IPC.23.9 يتم فحص العاملين بغرض الكشف عن مرض الدرن عند التعاقد باستخدام اختبار مشتق البروتين النقي (PPD) ويتم إعادت الاختبارسنوياً للعاملين الذين يكون لديهم نتيجة الاختبار سلبية.

أدلة الامتثال

IPC.23.EC.1 توجد سياسات لصحة الموظفين بما في ذلك التحصين و التعرض للدم / وسوائل الجسم.	مراجعة وثائق
IPC.23.EC.2 تعكس السجلات الصحية للعاملين التحصينات المعطاه للموظفين.	ملفات الموظفين
IPC.23.EC.3 يشمل نطاق خدمة عيادة الموظفين تقديم المشورة والخدمات الطبية ذات الصلة بالفحص ، والتحصين ، والإجراءات اللازمة لما بعد التعرض.	مراجعة وثائق
IPC.23.EC.4 ينبغي أن يتم تحديد الحالة المناعية للموظفين ضد الدرن ، والالتهاب الكبدي الوبائي ب ، والنكاف والحصبة الألمانية والجدري المائي عن طريق الاختبارات المصلية.	ملفات الموظفين
IPC.23.EC.5 اللقاحات متوفرة وفقاً لسياسات تحصين الموظفين.	ملاحظة
IPC.23.EC.6 يتم اعطاء اللقاح المناسب للموظف المعرض للعدوى.	مراجعة وثائق
IPC.23.EC.7 يتم مراقبة الاستجابة لتطعيم الالتهاب الكبدي الوبائي ب في الموظفين المحصنين.	مراجعة وثائق



IPC.23.EC.8 يتم إعطاء اللقاح مرة ثانية للعاملين الذين يثبت لديهم عدم الاستجابة للقاح الالتهاب الكبدي ب. — مراجعة وثائق

IPC.23.EC.9 يتم فحص العاملين بغرض الكشف عن مرض الدرن عند التعاقد باستخدام اختبار مشتق البروتين النقي (PPD) ويتم إعادته سنوياً للعاملين الذين يكون لديهم نتيجة الاختبار سلبية. — مراجعة وثائق

IPC.24 يقوم فريق مكافحة العدوى بمراقبة معدل تعرض العاملين للعدوى في المركز:

IPC.24.1 يوجد نظام للتبليغ والمتابعة والتعامل مع حوادث التعرض لمرضى حالات الدرن الرئوي المعدية.

IPC.24.2 يوجد نظام للتبليغ والمتابعة والتعامل مع حوادث الوخز بالإبر والاصابة بالأدوات الحادة.

IPC.24.3 يوجد نظام للتبليغ والمتابعة والتعامل مع حوادث التعرض للفيروسات التي يمكن الوقاية منها باللقاح (الجدري المائي والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية).

IPC.24.4 يتم حساب معدلات تحول نتيجة اختبار مشتق البروتين النقي (PPD) من سلبية إلى إيجابية ومعدلات الإصابة بالأدوات الحادة.

أدلة الامتثال

IPC.24.EC.1 توجد سياسات بشأن التعرف على حالات التعرض لمرض الدرن والجدري المائي والاصابة بالأدوات الحادة. — مراجعة وثائق

IPC.24.EC.2 توجد سياسات للإجراءات اللازمة لما بعد التعرض. — مقابلة

IPC.24.EC.3 تقارير فريق مكافحة العدوى عن (الدرن الرئوي المعدي ، الوخز بالإبر والإصابة بالأدوات الحادة ، الجدري المائي والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية). — مراجعة وثائق

IPC.24.EC.4 يوجد دليل على معرفة الموظفين بكيفية التبليغ المناسب عند التعرض لوخز الإبر والإصابة بالأدوات الحادة والفيروسات التي يمكن الوقاية منها باللقاحات. — مراجعة وثائق

IPC.24.EC.5 يقوم فريق مكافحة العدوى بمراقبة معدل تعرض العاملين للدرن الرئوي المعدي. — مراجعة وثائق

IPC.24.EC.6 يوجد نظام للتبليغ والمتابعة والتعامل مع حوادث التعرض للفيروسات التي يمكن الوقاية منها باللقاح (الجدري المائي والحصبة والنكاف والحصبة الألمانية). — مراجعة وثائق

IPC.24.EC.7 يتم حساب معدلات تحول نتيجة اختبار مشتق البروتين النقي (PPD) من سلبية إلى إيجابية ومعدلات الإصابة بالأدوات الحادة. — مراجعة وثائق

IPC.25 يوجد نظام لفصل مرضى الأمراض المعدية والمرضى الحاملين أو المصابين بالأمراض الوبائية الهامة من المرضى الآخرين والموظفين والزوار.

IPC.25.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة عن الاحتياطات القياسية والاحتياطات المبنية على طريقة انتقال العدوى.

أدلة الامتثال

IPC.25.EC.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة للاحتياطات القياسية والاحتياطات المبنية على طريقة انتقال العدوى. — مراجعة وثائق

IPC.25.EC.2 الموظفين على دراية بالاحتياطات القياسية والاحتياطات المبنية على طريقة انتقال العدوى. — مقابلة

IPC.25.EC.3 يوجد دليل على الامتثال للاحتياطات القياسية والاحتياطات المبنية على طريقة انتقال العدوى. — ملاحظة

IPC.26 يقوم ممارس مكافحة العدوى بتطبيق الأدلة المطلوبة لمنع العدوى بين المرضى والزوار والموظفين عند

وجود مشاريع تحديث بالمركز.

أدلة الامتثال

IPC.26.EC.1 توجد سياسات وإجراءات مكتوبة لمكافحة العدوى خلال التحديث.	مراجعة وثائق
IPC.26.EC.2 يراجع ممارس مكافحة العدوى ويشرف على مشاريع البناء/التحديث.	مقابلة
IPC.26.EC.3 ينبغي إجراء عملية تطهير للبيئة من الفطريات بعد أي تحديث ويتم مراجعتها من قبل فريق مكافحة العدوى.	مراجعة وثائق
IPC.26.EC.4 يوجد دليل على توفير ضغط سلبي خلال عملية التحديث داخل مناطق العمل.	مراجعة وثائق

IPC.27 يتم جدولة وتبليغ الأمراض المعدية لوزارة الصحة على النحو المطلوب في القانون والأنظمة.

أدلة الامتثال

IPC.27.EC.1 توجد سياسة مكتوبة تنص على نظام الإبلاغ عن الأمراض المعدية.	مراجعة وثائق
IPC.27.EC.2 يوجد دليل على الإبلاغ عن الأمراض المعدية على النحو المطلوب في القانون والأنظمة.	مراجعة وثائق

IPC.28 يتم الإشراف على وظائف المغسلة من قبل مكافحة العدوى :

IPC.28.1 توجد سياسة وإجراءات مكتوبة عن التعامل مع البياضات.
IPC.28.2 يتم نقل ومعالجة وتخزين البياضات النظيفة بطريقة تحميها من التلوث والغبار.
IPC.28.3 يتم الفصل بين البياضات النظيفة والمستعملة أثناء عملية النقل والتخزين.
IPC.28.4 يتم التمييز بين عربات البياضات النظيفة والمستعملة بشكل واضح.
IPC.28.5 يجب تغطية الغسيل الملوث في جميع الأوقات.
IPC.28.6 الغسيل الملوث بدم المريض أوالفضلات أو سوائل الجسم الأخرى يجمع وينقل بموجب المعايير التالية:
IPC.28.6.1 يتم التقليل من تداول البياضات بقدر الإمكان ودون تعريضها للهز.
IPC.28.6.2 توضع البياضات في الأكياس في موقع الاستعمال ولا تخزن ولاتشتطف في أماكن رعاية المرضى.

أدلة الامتثال

IPC.28.EC.1 توجد سياسة وإجراءات مكتوبة للتعامل مع البياضات لحماية المرضى والعاملين في مجال الرعاية الصحية من المخاطر المعدية.	مراجعة وثائق
IPC.28.EC.2 تتم معالجة البياضات ونقلها وتخزينها بطريقة صحيحة باستخدام الموارد اللازمة بطريقة تحمي الموظفين والبيئة.	ملاحظة

شرح المصطلحات

Access الوصول : قدرة الشخص على الحصول على الرعاية والخدمات الطبية اللازمة عند الحاجة . يتم تحديد سهولة الوصول عن طريق مكونات مثل توفر الخدمات الطبية وقبولها لدى الفرد والمجتمع وموقع مرافق الرعاية الصحية والنقل وساعات العمل .

Accountability المساءلة: قدرة النظام على تتبع الأفعال الشخصية .

Accreditation الاعتماد : عملية رسمية تقوم من خلالها هيئة معترف بها (هيئة الاعتماد) بالتقييم والاعتراف بأن منظمة الرعاية الصحية قامت بتطبيق معايير محددة سلفاً.

Aggregate إجمالي: الجمع بين البيانات / المعلومات الموحدة.

Appropriateness الملائمة : إلى أي مدى كان الإجراء أو العلاج أو الاختبار أو الخدمة المعنية فعّالة ومطلوبة بوضوح وليست مفرطة وكافية من حيث الكم ومقدمة فى وضع يتناسب مع احتياجات المستفيد من الخدمة.

Availability توفر الرعاية : إلى أي درجة كانت الرعاية المناسبة متاحة لتلبية الاحتياجات الفردية للمريض.

Benchmarking المقارنة : عملية مستمرة لقياس المنتجات و/ أو الخدمات و/ أو الممارسات ضد المنافسين من أجل البحث عن أفضل الممارسات وتطبيقها.

Clinical Practice Guidelines أدلة الممارسة السريرية : بيانات تساعد الممارسين والمرضى على اختيار الرعاية الصحية الملائمة لحالات سريرية محددة .

Code of Conduct قواعد السلوك : مجموعة من الأدلة والسلوكيات المتوقعة لأداء الموظفين داخل منظمة الرعاية الصحية أو كما هو محدد من إدارة المركز .

Collaborative تعاونية : ثقافة منظمة تتسم برؤية مشتركة وإدارة مشتركة وتمكين للعاملين والتعاون بين وحدات المنظمة فى عملها لتحسين العمليات.

Competence الكفاءة : المعارف والمهارات والسلوك اللازم لأداء وظيفة. المعرفة هي فهم الحقائق والإجراءات. المهارة هى القدرة على تنفيذ إجراءات محددة.

Committee لجنة : هيئة متعددة التخصصات من أشخاص مفوضين رسمياً للنظر والتحقيق واتخاذ إجراء في شأن ما أو التقرير فى أمر من الأمور أو أداء وظيفة محددة .



Confidentiality السرية : تقييد الحصول على البيانات والمعلومات للأفراد الذين لديهم الحاجة والسبب والإذن للحصول عليها. حق الفرد فى الخصوصية الشخصية والمعلوماتية بما في ذلك سجلات رعايته الصحية .

Continuity of Care استمرارية الرعاية : بُعد للأداء يحدد إلى أي درجة تم تنسيق العناية للمريض بين الممارسين والمنظمات وعلى مر الزمن دون انقطاع أو توقف أو تكرارغير ضروري للتشخيص أو العلاج.

Continuous Quality Improvement (CQI) تحسين الجودة المستمر: الثقافة والاستراتيجيات والأساليب اللازمة للتحسين المستمر فى تلبية وتجاوز توقعات العملاء.

Continuous Quality Improvement Tools أدوات التحسين المستمر للجودة : أدوات تركز على العملية بدلاً من الفرد وتعزز الحاجة إلى تحليل وتحسين العملية .

Credentialing توثيق الشهادات : عملية الحصول على مؤهلات ممارس الرعاية الصحية والتحقق منها وتقييمها لتحديد ما إذا كان هذا الشخص قادراً على تقديم خدمات رعاية المرضى فى منظمة للرعاية الصحية أو لصالحها.

Criteria معايير: المستوى (المستويات) المتوقع للإنجاز أو المواصفات التى يمكن أن يقيم على أساسها الأداء.

Data البيانات : حقائق خام وأرقام يمكن أن تتولد منها معلومات .

Database قاعدة بيانات : تجميع شامل ومنظم للبيانات المخزنة.

Dosimeter جهاز قياس الجرعات الإشعاعية : أي جهاز يستخدم لقياس تعرض الفرد لبيئة خطرة لاسيما عندما تكون المخاطر تراكمية على مدى فترات طويلة من الزمن أو مدى حياة الشخص.

Effectiveness فاعلية: إلى أي درجة يتم تقديم الرعاية بالطريقة الصحيحة ، بالنظر للحالة الراهنة للمعرفة ، لتحقيق النتيجة المرجوة أو المتوقعة للمريض.

Efficacy القدرة: القدرة على إحداث التأثير المطلوب أو الفاعلية في الوصول إلى النتيجة ، على سبيل المثال : التجارب السريرية فى الطب تقدم دليل على قدرة دواء / علاج على تحسين حالة المريض.

Evidence—based Medicine الطب المبني على البراهين : ممارسة الطب أو استخدام التدخلات الصحيحة مسترشداً أو مستنداً على أدلة علمية داعمة.

Family or Responsible Person العائلة أو الشخص المسؤول : الشخص (الأشخاص) الذى له دور مهم فى حياة المريض. وهذا قد يشمل شخص (الأشخاص) لاعلاقة له بالمريض من الناحية القانونية . وكثيراً مايشار لهذا الشخص (الأشخاص) على أنه صانع قرار بديل إذا كانت له صلاحية اتخاذ القرار عن المريض إذا فقد المريض قدرته على اتخاذ القرارات .

Functional Status الوضع الوظيفي: قدرة الأفراد على الإعتناء بأنفسهم بدنياً ونفسياً.

Formulary دليل الأدوية : قائمة معتمدة من الأدوية والمعلومات المتعلقة باستخدام الدواء. تخضع هذه القائمة للمراجعة الدورية والتعديل.

Goal هدف : نتيجة مذكورة بشكل عام أو مطلوبة على المدى الطويل مكتوبة بصيغة عامة لها علاقة بالفلسفة أوالغرض أو النتيجة المرجوة .

Governance الحاكمية : وظيفة تحديد اتجاه المنظمة ، ووضع الأهداف ، ووضع السياسات لإرشاد المنظمة لتحقيق رسالتها.

Governing Body الجهة الإدارية العليا : الفرد (الأفراد) أو المجموعة أو الهيئة التى لديها الصلاحيات المطلقة والمسؤولية والمساءلة عن وضع الاتجاه الاستراتيجي العام وأساليب العمليات (الإدارة والتخطيط) ووضع السياسات والحفاظ على جودة وسلامة الرعاية المقدمة من المركز.

Guidelines الأدلة التوجيهية : الأدلة التى ترشد أو توجه العمل.

Hazardous Materials المواد الخطرة : مواد ، مثل المواد الكيميائية ، تشكل خطراً على البشر والكائنات الحية الأخرى.

Hazardous Waste النفايات الخطرة : نفايات خطرة على البشر والكائنات الحية الأخرى. وهذه المواد تتطلب احتياطات خاصة للتخلص منها .

Healthcare-Associated Infections (HAIs) العدوى المرتبطة بالرعاية الصحية : العدوى التى يكتسبها المرضى أثناء تلقي العلاج لأمراض أخرى أو التى يكتسبها العاملين فى الرعاية الصحية أثناء تأدية واجباتهم فى مجال الرعاية الصحية. ويجب أن تتحقق شروط محددة من أجل تسمية العدوى بأنها مرتبطة بالرعاية الصحية.

Health Care Organization منظمة رعاية صحية : مصطلح عام يستخدم لوصف أنواع كثيرة من المنظمات التي تقدم خدمات الرعاية الصحية .

Health Care Professional اختصاصي الرعاية الصحية : أي شخص أكمل مقرراً دراسياً ولديه مهارات فى مجال الصحة. ويشمل ذلك الطبيب وطبيب الأسنان والممرضة وغيرهم من المهنيين بالرعاية الصحية. اختصاصيي الرعاية الصحية غالباً مايتم ترخيصهم من قبل منظمة حكومية أو من قبل منظمة مهنية معتمدة .



Health Record السجل الصحي : السجل الذى يحتوي على معلومات المريض الصحية الناتجة عن لقاء واحد أو لقاءات متعددة. وتشمل هذه المعلومات المعلومات الديموغرافية للمريض ونتائج التقييم والمشاكل والأدوية والتحصينات والتقارير التشخيصية والتثقيف المعطى للمريض وأي معلومات أخرى ذات صلة بالمريض .

High Risk عالي الخطورة : احتمالية عالية لحدوث إصابات شديدة.

Incident حدث : الأحداث الغير معتادة أو غير متوقعة أو بها عنصر مخاطرة أو التى قد يكون لها تأثير سلبي على المرضى أو العاملين أو المركز .

Indicator مؤشر : أداة قياس الأداء التى تستخدم كدليل لرصد وتقييم وتحسين جودة الخدمة ورعاية المرضى.

Information معلومات : مجموعة مفسرة من البيانات. بيانات منظمة تستخدم كأساس لصنع القرار.

Information Management إدارة المعلومات : استحداث البيانات أو المعلومات فى المؤسسة واستخدامها ومشاركتها والتخلص منها. وهذه الممارسة مهمة جداً لإدارة أنشطة المنظمة بفعالية وكفاءة.

Informed Consent موافقة مستنيرة : موافقة الشخص بإرادته بحيث يكون لديه ما يكفي من القدرات العقلية والمعرفة الكاملة بالمخاطر والعواقب المحتملة والبدائل لاتخاذ قرار مبني على المعرفة . تسمح هذه الموافقة للمريض الموازنة بين المخاطر المحتملة والفوائد المحتملة لأي رعاية سوف تقدم له.

Job Description وصف وظيفي : جمل مكتوبة تصف الواجبات والمسؤوليات والمؤهلات المطلوبة من المرشحين لوظيفة معينة وعلاقات المسؤولية للموظف في وظيفته الحالية.

Leaders الإداريين : الأفراد المحددين والمعينين الذين عليهم مسؤولية الإشراف على فعالية أداء العمليات ضمن نطاق محدد من الخدمات .

Management الإدارة : الأشخاص الذين يضعون الأهداف أو الغايات للمستقبل من خلال التخطيط ووضع الميزانية وإنشاء عمليات لتحقيق تلك الغايات وتخصص الموارد اللازمة لإنجاز هذه الخطط .

Mission رسالة : السبب أو الغرض من وجود منظمة أو أحد مكوناتها.

Mission statement بيان الرسالة : عبارة مكتوبة تحدد غرض المؤسسة أو أحد مكوناتها.

Monitoring المراقبة : عملية مخططة ومنظمة ومستمرة لجمع وتنظيم ومراجعة البيانات / المعلومات على أساس منتظم بهدف تحديد التغيرات التى تطرأ على الوضع.



MSDS (Material Safety Data Sheet) سجل بيانات سلامة المواد : نموذج يحتوي على بيانات بشأن التعامل الآمن وإجراءات الطوارئ للتعامل مع الخصائص الخطرة للمواد الكيميائية والمواد الخطرة الأخرى.

Objectives أهداف خاصة : خطوات ملموسة ومقاسة تتخذ لتحقيق الأهداف العامة.

Organizational Chart الهيكل التنظيمي : رسم بياني يمثل هيكل المركز وعلاقات المسؤولية . يبين الهيكل مواقع الموظفين وعلاقات المسؤولية وخطوط الصالحيات.

Orientation التعريف : فعل ينتج عن المعرفة. عملية تمهيدية من خلالها تصبح بيئة العمل والمسؤوليات مألوفة لدى الموظفين .

Outcome نتيجة : مصطلح عام يستخدم لوصف النتيجة النهائية للخدمة أو الممارسة أو الإجراء أو التدخل.

Patient مريض : المريض هو الشخص الذى يتحمل المركز مسؤولية علاجه و/أو رعايته و/أو خدمته . وتعتبر معايير المجلس المركزي أن المريض يشمل التسميات الآتية : لمستفيد الخدمة والمقيم والأشخاص المخدومين.

Patient Assessment تقييم المريض : جمع المعلومات من أجل تقييم صحة الشخص واحتياجاته للرعاية الصحية.

Patient Satisfaction رضا المريض : المقياس الذى يجمع التقارير أو التقييمات من المرضى حول الخدمات المقدمة من المنظمة أو مقدم الرعاية الصحية.

PDCA : هى طريقة علمية تستخدم لتحسين العمليات. ومعنى الاختصار Plan خطط للتحسين Do نفذ التحسين واجمع وحلل البيانات Check أدرس وراجع النتائج Act أعمل على تحسين العملية والاحتفاظ بالمكاسب. وتعرف أيضاً بدورة شيورات ودورة ديمنج أو دورة تعلم التغيير.

Personnel File ملف الموظفين : تجميع المعلومات عن أحد الموظفين بحيث تغطى المسائل المتعلقة بالموظفين مثل الترخيص والشهادات والإجازات وتقارير التقييم والوصف الوظيفي.

Plan خطة : صياغة أو وصف النهج المتبع لتحقيق الأهداف ذات الصلة لتحسين أداء المنظمة أو الفريق.

Plan of care (Care Plan) خطة الرعاية : خطة العلاج المصممة خصيصاً لكل مريض على أساس مواطن القوة والاحتياجات الفردية. يضع مقدم (مقدمي) الرعاية الخطة على أساس معطيات من عائلة المريض والتواصل مع غيره من مقدمي الرعاية الصحية. وتضع الخطة الأهداف وتفصّل العلاج والخدمات الملائمة لتلبية الاحتياجات الخاصة للمريض. التخطيط هو عملية متعددة التخصصات.

Policy سياسة : السياسة هي وثيقة مكتوبة تحدد القواعد والأداء المتوقع من الموظفين داخل المنظمة. السياسات ديناميكية وتعكس المعارف والممارسات الراهنة وتحتاج إلى مراجعة بطريقة دورية.

Primary care الرعاية الأولية : هي النقطة الأولى التى يطلب منها المريض المساعدة في نظام الرعاية الطبية قبل الإحالة إلى مكان آخر داخل النظام. وهى أيضاً الرعاية الأساسية أو العامة أو الضرورية. ويتحمل مقدم الرعاية الأولية المسؤولية المستمرة عن المريض فيما يخص المحافظة على صحته وعلاجه.

Privileging منح الامتيازات : هي عملية مراجعة مؤهلات الفرد من خلال هيئة مراجعة المؤهلات لتحديد الصلاحية والمسؤولية التي يجب إعطاؤها للممارس لاتخاذ قرارات مستقلة للتشخيص أو البدء في نظام علاجي طبي أو خاص بالأسنان أو تغيير هذا النظام أو إنهاؤه. عملية منح الامتيازات تحدد نطاق ممارسة الطبيب داخل المنظمة بناءً على كفاءته أو كفاءتها.

Procedure إجراء : مجموعة من التعليمات المكتوبة التى تصف الخطوات المعتمدة والموصى بها لعمل معين أو تسلسل أعمال.

Process عملية : مجموعة من الخطوات المترابطة التى تستهدف نتيجة واحدة معينة.

Process Improvement تحسين العملية : آليات تستخدم لإدخال تحسينات على عملية من خلال استخدام طرق التحسين المستمر للجودة .

Probationary period فترة الاختبار : هى الفترة الزمنية التى تحددها المنظمة لتحديد ما إذا كان الموظف مؤهل لأداء واجباته والاستمرار فى العمل مع المنظمة. عموماً تكون الفترة الزمنية للاختبار 3 أشهر.

Protocols بروتوكولات : خطة أو مجموعة من الخطوات يجب اتباعها في الدراسة أو الفحص أو العلاج.

Psychosocial النفسي الاجتماعي : التطور النفسي لأحد الأفراد فى سياق البيئة الاجتماعية. ببساطة هو تفاعل الفرد مع البيئة التي يجد نفسه فيها والدناميكيات أو العوامل التى تؤثر على نفسية الفرد.

Quality الجودة : إلى أي درجة تزيد الخدمات الصحية للأفراد والسكان من احتمالية تحقيق النتيجة المرجوة وتكون وفقاً مع المعرفة المهنية الحالية.

Quality Control مراقبة الجودة : عملية إدارية يتم من خلالها قياس الأداء مقابل التوقعات ويتم اتخاذ الإجراءات التصحيحية.

Quality Improvement Team فريق تحسين الجودة : أفراد (من مختلف الوظائف / الخدمات / الأقسام) على دراية بجانب معين من جوانب الرعاية أو الخدمة تم تكليفهم لتحسين عملية تم تحديدها على أنها تتطلب الاهتمام.

Referral الإحالة : هى عملية يتم من خلالها تحويل مريض (1) من طبيب إلى طبيب أو اختصاصي آخر أو (2) من مكان أو خدمة إلى آخر ، إما لتقديم المشورة أو لتقديم الرعاية التى لايستطيع المصدر المحيل تقديمها أو غير مؤهل لذلك .

Rehabilitation التأهيل : طريقة أو طرق للعلاج معده لتسهيل عملية التعافي من إصابة أو مرض والعودة إلى الحالة الطبيعية قدر الإمكان.

Risk خطر : مزيج من تقييم حجم الضرر أو الإصابة المحتملة مع احتمالية حدوث إجراءات / أحداث معينة.

Root Cause السبب الجذري : السبب الكامن وراء حدوث المشكلة.

Safe Care الرعاية الآمنه : إلى أي درجة تم تقليل الخطر من التدخل الطبي أو المخاطر فى بيئة الرعاية بالنسبة للمريض وغيره بما فى ذلك العاملين فى الرعاية الصحية .

Scope of Service نطاق الخدمة : مجموعة الأنشطة المقدمة للمرضى و/ أو غيرهم من العملاء من قبل القيادة أو الموظفين في الفريق الطبي أو الخدمات المساندة. ويشمل نطاق الخدمة المكتوب جميع الخدمات والديموغرافيات (الفئات العمرية ، وأنواع المرضى) ووسائل التشخيص المقدمة والتدخلات العلاجية المقدمة وعدد المرضى المتلقين لكل خدمة سنوياً. الاحتياجات من الموارد والكفاءات تنبثق من نطاق الخدمة الخاص بالمنظمة.

Screening التحري : نظام للفحص والفصل إلى مجموعات مختلفة.

Screening Criteria معايير التحري : مجموعة من القواعد أو الاختبارات التى تطبق على فئات المرضى ويستند إليها الحكم الأولي الذى يسوغ الحاجة إلى إجراء مزيد من التقييم.

Sentinel Event حدث جسيم : حدث غير متوقع يشمل حدوث وفاة أو إصابة نفسية أو بدنية خطيرة أو وجود خطورة لحدوث هذه الأشياء.

Standard المعيار : بيان يحدد التوقعات اللازمة لعملية معينة أو هيكل لتعزيز جودة الرعاية.

Standardization التقييس : الاتفاق مع مجموعة من التوقعات المحددة سلفاً.

Strategic Planning التخطيط الاستراتيجي : أداة إدارية لمساعدة المنظمة للقيام بعمل أفضل. وهو جهد منضبط لإصدار القرارات الأساسية والإجراءات التى تشكل ماهية المنظمة وماتقوم به ولماذا تقوم بذلك مع التركيز على المستقبل .

Structure هيكل : الملامح البيئية التى تشكل العملية والمخرجات وتشمل الموارد والمال والمعدات والمستلزمات والموظفين والسياسات.

System نظام : مجموعة من العمليات ذات الصلة.

Team فريق : مجموعة من خمسة إلى ثمانية أشخاص تتكون من قائد وميسر وأعضاء يتناولون قضية تؤثر على تشغيل أحد العمليات.

Terms of reference شروط المرجعية : وثيقة رسمية معتمدة من القيادة تحدد أدوار/ مسؤوليات أحد اللجان. وتصف هذه الوثيقة الأداء المتوقع من اللجنة وعدد المرات المتوقعة لاجتماعات اللجنة وتشمل أيضاً قائمة بالأعضاء والبدلاء إذا لزم الأمر.

Timely فى الوقت المناسب : إلى أي درجة تقدم الرعاية فى أفضل الأوقات وأهمها بالنسبة للمريض .

Transfer النقل : التحويل الرسمى للمسؤولية عن رعاية مريض ما من (1) وحدة رعاية إلى أخرى أو (2) من خدمة سريرية إلى أخرى أو (3) من ممارس مؤهل إلى آخر أو (4) من مؤسسة إلى أخرى .

Trending تحديد اتجاه : تقييم البيانات التى تم جمعها على مدى فترة من الزمن لغرض تحديد أنماط أو تغييرات.

Triage الفرز : نظام لتحديد الترتيب الذى يجب أن يتبع فى تنفيذ الأفعال فى الطوارئ و تحديد أولويات المرضى بناءً على مشاكلهم و تحديد أدوار العلاج عن طريق الأعراض المرضية.

Turn Around Time وقت الدوران : الوقت من نقطة البداية إلى نقطة النهاية. على سبيل المثال : الوقت من كتابة الطبيب لطلب تحليل مخبري لمريض إلى وقت تبيلغ النتيجة للطبيب.

Utilization الاستخدام : استخدام أو أنماط استخدام أو معدلات استخدام خدمة رعاية صحية محددة.

Values قيم : المعتقدات والفلسفة داخل المنظمة والتى تضع الأساس لعملية التشغيل وتعطي التوجيهات للسلوك اليومي.

Vision رؤية : وصف لما تود أن تكون عليه المنظمة.

سوف ترسل المزيد من التعديلات إلى مراكز الرعاية الصحية من خلال الطبعات اللاحقة والتعديلات. إذا كان لديك أي تعليقات أو استفسارات حول الأدلة و طريقة الانخراط في عملية الإعتماد يرجى الاتصال ب :

المجلس المركزي لاعتماد المنشآت الصحية – قسم الاعتماد

هاتف: 920012512 تحويلة: 2235 - 4101

بريد إلكتروني: phc@cbahi.org

الموقع على الشبكة العنكبوتية: www.cbahi.org

Central Board for Accreditation
of Healthcare Institutions
www.cbahi.org

P.O. Box 55505 - Jeddah 21444
Phone 920012512 Fax +966(2)6911329